FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1964 1965 N° 174

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Louis VERLOMME

né le 10 mai 1926 à Amiens

De l'utilisation actuelle de la Narcose Continue prolongée

Président: M. Jean Delay, Professeur

Imprimerie du « Courrier de La Côte » S.A., Nyon

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545808_0055

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1964 N° .....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Louis VERLOMME

né le 10 mai 1926 à Amiens

De l'utilisation actuelle de la Narcose Continue prolongée

Président: M. Jean Delay, Professeur

Imprimerie du « Courrier de La Côte » S.A., Nyon

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

A la mémoire de mon père

ROGER VERLOMME

Préfet de la Seine

Commandeur de la Légion d'Honneur

à ma mère

à Irène

à mon fils

à tous ceux qui me sont chers

à Monsieur le Docteur CHARLES DURAND-DEBAY

Médecin-directeur des Rives de Prangins
Professeur chargé de cours à l'Université de Genève
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui a inspiré cette thèse et a facilité
sa réalisation,

avec mon affection
et mon infinie gratitude

à

Monsieur le Professeur JEAN DELAY

Professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie française

qui a accepté la présidence du Jury
de notre thèse,

en témoignage de notre respectueuse reconnaissance

à mes maîtres

Monsieur le Professeur LÉON MICHAUX
Professeur de clinique de neuro-psychiatrie infantile
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre de la Santé publique

Monsieur le Professeur RAYMOND GARCIN
Professeur de clinique neurologique
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre de la Santé publique

Monsieur le Professeur MAURICE RÉMY
Professeur de Pathologie mentale à l'Université de Fribourg
Médecin directeur de l'Hôpital psychiatrique de Marsens (Suisse)

Monsieur le Professeur HENRI BARUK
Médecin-chef de l'hôpital de Saint-Maurice

Monsieur le Docteur P.-C. RACAMIER
Médecin-chef des Rives de Prangins (Suisse)

Monsieur le Docteur DUBLINEAU
Médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Monsieur le Docteur DANIEL WIDLOCHER
Médecin assistant des hôpitaux de Paris

à

Monsieur le Professeur R. HAZARD
Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris

Monsieur le Docteur OTTO RITTER
Cardialogue FMH, Médecin-chef de l'hôpital de Nyon (Suisse)

avec mes remerciements pour leurs précieux conseils

à toute l'équipe soignante de la clinique « Les Rives de Prangins »,
aux médecins,
infirmiers et infirmières
qui, pendant des années, ont coordonné leurs efforts
pour la mise au point et le perfectionnement
de la technique de la narcose continue prolongée
et m'ont fait profiter de leur expérience

INTRODUCTION

Définition

Les cures de sommeil occupent une place importante en thérapeutique psychiatrique surtout depuis la découverte de drogues hypnotiques nouvelles peu toxiques et du pouvoir potentialisateur des médicaments neuroleptiques. Il est devenu relativement facile de provoquer un sommeil plus ou moins profond et prolongé selon les nécessités thérapeutiques, et il en résulte une grande diversité des techniques qui donne au terme de « cure de sommeil » un caractère imprécis, d'autant plus que très souvent, grâce aux artifices de la nomenclature, des malades censés effectuer une cure de sommeil ne dorment pas plus de 14 à 16 heures par nyctémère.

Pour mieux situer la technique que nous étudions ici, nous avons utilisé pour la nommer le terme de « narcose » qui a été proposé par Brisset Durand et Gachkel et qui a le mérite de la distinguer des cures de sommeil dont l'interruption par sollicitation simple reste toujours possible. Au contraire, dans la narcose, tout comme au cours d'une anesthésie générale réalisée dans un but chirurgical, le sommeil atteint un degré assez profond pour qu'il soit possible de manipuler le malade sans le réveiller.

Cette narcose est continue car elle ne ménage aucun réveil véritable pendant plusieurs jours, 5 à 8 en moyenne ; il s'agit donc d'un sommeil artificiel profond, entretenu d'une manière prolongée, d'une dissolution apparemment complète de la conscience et de l'interruption de toute vie de relation si ce n'est à travers une totale dépendance.

Historique

Les premiers auteurs de cure de sommeil semblent l'avoir conçue selon la méthode de la narcose continue prolongée. Les cures ainsi réalisées dès le début du siècle avec des barbituriques ou des dérivés chloralés par Fisher en 1903, par exemple, étaient très difficiles à appliquer et donc décevantes par leurs résultats.

Après les tâtonnements de nombreux auteurs français avec le chloral, la chloramide, la paraldehyde, le luminal, c'est surtout à Klaesi en 1922 qu'on doit d'avoir réalisé de véritables narcoses continues prolongées. Il le fit d'abord par des injections répétées de somnifène qui ménageaient entre elles des réveils partiels permettant une alimentation liquide ; mais l'étude entreprise par Muller en 1925 sur les travaux effectués selon cette

technique en montre les dangers avec 5 % de décès et 56 % d'échecs. Malgré les essais poursuivis avec l'emploi du dial (Muller 1927) de l'avertine (Enke 1928) des associations de barbituriques, la faveur semble être restée au mélange hypnotique créé en 1930 par Cloetta et mis au point après 4 ans de tâtonnements empiriques effectués par Klaesi ; par la suite, les autres techniques ont été peu à peu abondonnées: somnifènes intraveineux ou per os, ou associé à des alcaloïdes, Tribromoethanol par voie rectale. En 1950, le cloettal était utilisé aux USA (Clarck et Loomis) et en Suisse mais seulement dans quelques centres spécialisés, car les complications se sont révélées être surtout dues à des fautes ou des insuffisances du nursing qui ne pouvaient être évitées que grâce à une organisation complexe, minutieuse et stricte et une technique rigoureuse que seule une équipe spécialement entraînée était capable de réaliser.

Si les narcoses continues prolongées s'avèrent maintenant sans danger, c'est en raison des perfectionnements progressifs des méthodes de réanimation pulmonaire et cardiaque, de l'efficacité rapide des médicaments antibiotiques et d'une meilleure connaissance de la physio-pathologie des troubles consécutifs à l'action des drogues hypnotiques, aux répercussions de l'anesthésie générale sur les différents appareils de l'organisme, aux perturbations apportées par une immobilisation prolongée et aux désordres hydroélectrolytiques dus à l'alimentation artificielle.

Car si la technique de Klaesi est restée la même dans son principe, elle a été considérablement améliorée dans son utilisation pratique, et alors qu'elle paraissait dangereuse il y a vingt ans, elle profite maintenant de l'évolution de la thérapeutique générale.

En 1954, Charles Durand (Prangins, Suisse) montre les possibilités des narcoses prolongées dans de nouvelles indications. Alors que la narcose était réservée par les premiers auteurs aux cas extrêmes d'agitation ou de chronicité, il semble qu'elle puisse s'appliquer, comme nous le verrons à la fin de cette étude, aux états de prépsychose, aux délires systématisés et imaginatifs, et s'insérer parmi les cures biologiques susceptibles de favoriser ou d'engager le traitement psychothérapique.

Notre étude est la synthèse d'un travail d'équipe qui s'étend sur plus de vingt ans d'expérience, dans le cadre de la clinique des Rives de Prangins où plus de 500 narcoses continues prolongées ont été effectuées sans accident grave. En effet, aux 300 narcoses prolongées dont Ch. Durand a publié les résultats en 1954, s'ajoutent les 200 cas que nous présentons ici, qui s'échelonnent entre 1954 et mars 1963.

La méthode de narcose par le cloettal, de par la longue expérience de notre équipe médicale nous paraît actuellement la plus sûre, mais il est probable que de nouvelles techniques, de nouveaux médicaments, permettront de réaliser des narcoses continues prolongées dans des conditions encore meilleures et pour des indications plus variées.

LA CURE DE CLOETTAL — PROBLÈMES TECHNIQUES

1. *Etude pharmacologique*

Le cloettal est un complexe médicamenteux dont les éléments se complètent par leur synergie, leur potentialisation ou par la correction de leurs effets secondaires. C'est pourquoi l'étude séparée de ses composants serait artificielle et ne répondrait pas à l'effet observé en clinique. La formule est la suivante: pour 1 cm³ de cloettal

Paraldehyde	0,4870 g
Hydrate de chloral	0,1157 g
Hydrate d'amylène	0,1593 g
Alcool à 92 %	0,1757 g
Acide isopropylallyl barbiturique . . .	0,0410 g
Chlorhydrate d'éphédrine	0,0025 g
Digalène « Roche »	0,0033 g

On peut isoler des groupes d'éléments :

1. Des hypnoptiques non barbituriques, tels que chloral, paraldehyde, hydrate d'amylène, qui sont connus pour leur action dite corticale, et sont peu toxiques isolément. Ils sont très stables, notamment le chloral dont le métabolisme n'est pas modifié par les associations médicamenteuses. Tous solubles dans l'alcool, ils sont potentialisés par celui-ci. Leur action est prolongée et régulière, ils sont rapidement absorbés par voie rectale. La paraldehyde a en effet une odeur très caractéristique qui apparaît dans l'haleine du malade quelques minutes après l'instillation du cloettal.

2. L'acide isopropylallyl barbiturique est un barbiturique d'action prolongée, et se trouve ici potentialisé à la fois par le chloral et par l'alcool (Olszycka Laïa).

3. L'alcool est ici utilisé comme solvant et pour son action potentialisatrice. Sa présence nécessite une dilution importante de la solution qui doit être faite d'une façon extemporanée.

4. Le chlorydrate d'éphédrine et le digalène « Roche » : l'éphédrine est ici à dose très faible mais représente un stimulant respiratoire et un vaso-presseur susceptible de compenser les effets inhibiteurs de la paral-

dehyde et des autres hypnotiques. Il est probable également qu'elle exerce un rôle vasoconstricteur sur les capillaires de la muqueuse rectale et régularise ainsi la résorption de la solution. Le Digalène est un tonicardiaque digitalique destiné à corriger les effets secondaires des hypnotiques.

Ainsi associés, les éléments du cloettal se complètent harmonieusement pour provoquer un sommeil rapide, profond et stable avec un minimum d'effets secondaires. Aux doses employées pendant la cure, une instillation est suivie après 10 à 15 minutes d'un sommeil régulier pendant 4 à 6 heures.

L'élimination est variable selon les constituants, mais la pratique a montré que l'effet d'accumulation était évité en grande partie si les instillations étaient séparées par un intervalle de 6 heures au moins. En fait, vers le 2e jour il convient de réduire les doses progressivement.

2. *Préparation à l'emploi*

Le cloettal se présente sous la forme d'une solution alcoolique claire et stable. Autrefois spécialisée par Hoffmann Laroche la formule en a été divulguée et le mélange est facilement préparé. Au moment de l'emploi, le cloettal doit être dilué au $^1/_{10}$ dans une solution de glucose à 5 % bicarbonatée à 1 % et lentement tiédie. La dose initiale est environ 0,15 cm^3 par kilo de poids du malade, soit en moyenne 8 à 10 cc de la solution de base.

La dose quotidienne peut atteindre 28 à 30 cc pendant les premières 24 heures surtout chez les malades agités et opposants. Dès que le sommeil s'installe régulièrement, il faut s'efforcer de ne pas dépasser 20 cc de la solution standard par 24 heures, en recherchant empiriquement à chaque instillation la dose « nécessaire et suffisante ».

3. *Préparation de la cure*

Nous n'insisterons pas sur les caractéristiques nécessaires de la chambre de sommeil : silence, obscurité, température constante, humidification de l'air, etc.

Pourtant la narcose prolongée, à la différence des autres cures de sommeil, doit se pratiquer dans une ambiance quasi chirurgicale, c'est-à-dire sous surveillance permanente et selon un plan minutieusement réglé et contrôlé.

Comme nous le verrons ultérieurement, le nursing a une importance considérable dans la prophylaxie des complications et pour obtenir un sommeil calme et continu avec une dose minima d'hypnotiques.

L'organisation pratique est donc destinée à faciliter le nursing : lit bas et maniable situé au centre de la pièce, disponibilité immédiate de tout le matériel nécessaire à la cure et du matériel de réanimation habituel en anesthésie. Tenue à jour chaque demi-heure d'une feuille de soins qui indique toute réaction du malade et tout acte de nursing.

Préparation du malade

Elle est identique à celle que l'on effectue en prévision d'une anesthésie générale pour une longue intervention.

1. *Examens préliminaires*

Ils sont destinés à apprécier la résistance et l'état général du malade afin de prévenir les complications possibles pendant la cure.

Bilan. — Humoral (urée, glycémie) ; hématologique : numération, formule, V.S. ; urinaire : albumine, acétone, sédiment ; pulmonaire : radioscopie, étude des antécédents ; cardiaque : E.C.G. éventuellement ; neurologique : E.E.G. éventuellement.

Ces examens pourront être renouvelés pendant le traitement.

2. *Préparation du malade proprement dite*

Au moment de l'endormissement le malade devra être :

a) A jeun strictement depuis 6 heures au moins ;

b) L'intestin doit être débarrassé pour faciliter la résorption du cloettal ; éviter les fermentations et les infections intestinales, d'où la nécessité d'un *lavement évacuateur* 4 à 6 heures avant le début de la cure ;

c) Désinfection rhino-pharyngée systématique.

Peu avant l'heure prévue pour l'endormissement, le malade est installé dans la chambre de cure où il convient de le rassurer et de prévoir avec lui son confort.

Eventuellement, il recevra une médication de *prénarcose* : Atropine ¼ ou ½ mg i.m. ou Moscop (Morphine-Scopolamine) i.m. ou Dolosal 1 ampoule i.m.

L'endormissement

Le cloettal est instillé pendant une narcose :

Le malade est endormi par le médecin à l'aide d'une injection intra-veineuse lente de penthotal.

La sonde rectale est introduite dès que le malade est endormi. Le cloettal tiédi à 37 degrés est instillé très lentement en 15 à 20 minutes.

Le sommeil commencé par l'injection intra-veineuse est relayé par le cloettal dans les 10 à 20 minutes qui suivent la fin de l'instillation.

L'haleine du sujet prend alors l'odeur caractéristique que lui donne la paraldehyde.

Remarque : Dans certains cas d'agitation, l'endormissement est facilité par l'application d'un *Electrochoc* — l'ordre des actes est alors le suivant : narcose intra-veineuse ; injection de succinyl-choline éventuelle ; électrochoc ; instillation lente du cloettal aussitôt après le choc.

Poursuite de la cure

Les instillations de cloettal seront répétées toutes les 6 heures environ à doses décroissantes.

Cet intervalle correspond à la durée habituelle d'élimination du médicament. Le raccourcir exposerait à des accidents de surdosage — mais si le malade dort profondément après la 6e heure il y a lieu de retarder l'instillation suivante et d'en diminuer la dose.

Dès le troisième jour de cure, il est habituel que le sommeil soit entretenu avec des instillations de 5 à 4 cc de cloettal toutes les 6 à 8 heures.

Hydratation et alimentation pendant la cure

Tout sujet endormi ou somnolent est incapable de déglutir ; il en résulte que son alimentation par la bouche est impossible, l'introduction de liquide par sonde gastrique peut donner lieu à des regurgitations et sera également proscrite.

Le goutte à goutte intra-rectal est souvent mal résorbé et ne permet pas un contrôle rigoureux.

Or, il est essentiel que le malade reçoive un minimum de 3 litres de liquide par 24 heures.

La perfusion cutanée étant douloureuse, on aura recours surtout aux : *perfusions veineuses* continues de préparation isotoniques complexes contenant : des éléments énergétiques : glucose, levulose et des électrolytes : Na - K - cl (exemples : Normoionine, Equifusine).

La quantité nécessaire, qui est proportionnelle à la taille et au poids du malade, est précisée par un barême spécial.

SURVEILLANCE ET NURSING

De la qualité du nursing dépend pour une grande part le succès de la cure.

Le malade inconscient reste sensible à l'ambiance ; totalement dépendant de l'entourage, il ne peut s'abandonner au sommeil que s'il se sent en parfaite sécurité.

Le nursing pour être efficace doit être méthodique et minuté d'où l'importance de la feuille de soins, véritable instrument de travail qui permet de ne rien oublier et de suivre la cure heure par heure — avec continuité — 24 heures sur 24 — tout doit y être indiqué.

Surveillance du sommeil

Il peut être difficile d'en apprécier la profondeur.

a) Sommeil léger : Mouvements spontanés - paroles - gémissements - réponse aux sollicitations - réactions au contact - bonne tonicité musculaire.

b) Sommeil profond : Inertie - passivité - réactions aux stimulations fortes - réflexes présents mais diminués - respiration profonde, régulière, ralentie - hypotonie palpébrale.

c) Etat comateux : Atonie musculaire, flaccidité, passivité - respiration stertoreuse, ralentie ou irrégulière - abolition de tous réflexes : cutanés, cornéen, tendineux - réaction nulle aux stimulations (mobilisation, pincement) - regard plafonnant, balancement pendulaire lent des globes oculaires - hypotension artérielle.

Surveillance de la respiration
Changement de position

Points essentiels du nursing car permettant d'éviter les complications les plus fréquentes : encombrement bronchique ; bronchopneumonies ; congestions pulmonaires, abcès.

Pendant le sommeil profond, le réflexe de toux est inhibé, les mucosités s'accumulent dans les bronches et bronchioles, c'est dire l'importance primordiale du *drainage postural* :

En cas de coma ou de sommeil très profond : *position ventrale permanente* ; aspiration éventuelle, prévoir administration d'oxygène et de stimulants respiratoires (Micorène), Aérosols d'antibiotiques et de mucolytiques.

Sommeil profond, habituel pendant la cure : changement de position toutes les deux heures en évitant autant que possible la position dorsale.

Lorsque le malade est allongé sur le ventre, il est facile d'apprécier les mouvements respiratoires, l'ampliation thoracique de chaque côté — l'immobilité d'un hémi-thorax étant un signe d'alarme important, nécessitant un examen médical approfondi et l'arrêt éventuel de la cure.

Surveillance du système cardio-vasculaire

Elle doit être méthodique : toutes les 2 heures : pouls et T.A.

Le cloettal a une action dépressive sur le myocarde qui est partiellement compensée par le Digalène et l'Ephédrine contenus dans la solution.

— Il est évident que l'adjonction de sédatifs accroît le risque de collapsus (neuroleptiques, barbituriques).

— Il sera généralement facile de maintenir un bon équilibre cardio-vasculaire grâce à une hydratation suffisante et en utilisant au besoin des cardio-analeptiques mineurs du type Heptamyl, Cortensor Wander, en ampoules diluées dans le liquide de perfusion, ou Cortine naturelle i.m., ou Novadral.

— Mais il est évident que toute anomalie importante du pouls et de la T.A. devra entraîner une thérapeutique rapide, un arrêt éventuel de la cure et un examen de spécialiste (E.C.G.).

Surveillance du système urinaire

Pendant la narcose, les mictions sont relativement rares car déclenchées seulement par la distension de la vessie. Elles se produisent plutôt à l'occasion d'un changement de position. Les phénomènes de rétention sont fréquents, entraînant des mictions par regorgement et nécessitant des sondages.

La mise en place d'une sonde à demeure peut gêner le sommeil et favoriser l'infection des voies urinaires. Mais elle est indispensable lorsqu'on désire mesurer exactement la diurèse.

Pour prévenir et déceler les complications, il est d'usage de pratiquer un examen quotidien des urines, d'y rechercher en tout cas : albumine, corps cétoniques, pyurie éventuelle.

Surveillance du système digestif

Quand le malade est très somnolent, l'alimentation per os est évitée étant donné le risque d'inhalation de liquides dans les voies aériennes.

Du point de vue intestinal, si le lavement de préparation a été efficace, il est fréquent qu'aucune selle ne soit émise pendant toute la cure.

Mais quelques difficultés peuvent survenir :

1. Le cloettal est rejeté dès son instillation — celle-ci a souvent été trop rapide — on peut adjoindre à la suivante quelques gouttes de laudanum.

2. Diarrhée — surtout fréquentes lors des cures de désintoxication morphinique au 3e ou 4e jour, elle cède à l'injection d'antispasmodiques.

3. Rétention intestinale avec fièvre : elle peut apparaître vers le 4e jour et disparaît après lavement évacuateur.

Nous insistons sur le fait que nous n'avons pas observé dans notre expérience de ces cures, de phénomènes d'irritation rectale ou anale.

Surveillance de l'hydratation

Il n'est pas exagéré de dire qu'une hydratation insuffisante est à l'origine de la plupart des complications. La quantité de liquides à administrer en perfusions dépend à la fois des caractéristiques du malade et des circonstances de la cure.

Selon le poids du sujet, sa taille, sa surface cutanée, on a pu établir un barême qui chiffre la quantité moyenne et optima des infusions liquidiennes.

Cette quantité de liquide doit aussi être adaptée aux circonstances de la cure, en particulier, s'il existe : un état de déshydratation avant l'endormissement, comme dans les cas d'agitation, de refus d'aliments, de dénutrition ; des troubles digestifs, vomissements, diarrhée ; des sueurs profuses, de la fièvre, de l'agitation, de la polypnée.

Un bilan humoral et électrolytique, l'appréciation de la tension plasmatique objectivent les perturbations et leur évolution.

Mais l'examen clinique permet facilement le diagnostic du syndrome de déshydratation : sécheresse des muqueuses et des téguments, oligurie, tachycardie, polypnée, élévation thermique progressive.

L'utilisation de solutions équilibrées du point de vue énergétique et surtout électrolytique écarte désormais la crainte de l'*hypokaliémie*. (Observation : une malade de 62 ans, délirante depuis 20 ans ne subsiste depuis plusieurs semaines que grâce à quelques morceaux de sucre, un peu de chocolat et de l'eau d'Evian, c'est dire que son état physique est précaire au début de la cure malgré la normalité du bilan para-clinique.

L'hydratation pendant la narcose est effectuée par serum glucosé et serum salé isotonique. A partir du 6e jour, malgré l'arrêt des instillations d'hypnotiques, apparaît une adynamie profonde avec hypotonie diffuse, tendances au collapsus, arythmie. Un Electrocardiogramme montre de manière évidente le tracé habituel d'une hypokaliémie. Un apport de potassium réduit rapidement ces anomalies et amène une amélioration rapide des symptômes).

L'apport énergétique est réduit au minimum : solution de glucose en quantité modérée. C'est seulement dans certains cas de dénutrition, que nous avons été amenés à administrer pendant toute la cure des acides aminés en perfusion : nous signalons ici l'observation d'une jeune fille de 19 ans, anorexique, diarrhéique, agitée et très angoissée, inquiétante par sa cachexie car en effet elle pèse 30 kilos au début de la cure de cloettal. Celle-ci s'effectue dans les conditions habituelles, avec toutefois l'adjonction de perfusions quotidiennes de protéolysats et de solutions d'acides aminés. A la fin de la cure, la malade nettement apaisée, a grossi de 2 kilos.

En résumé,

la surveillance du malade en cure de narcose prolongée se fera selon un plan bien établi :

1. Toutes les deux heures : prise de T°, pouls, T.A., rythme respiratoire, changement de position.

2. Toutes les six heures, avant chaque instillation de cloettal : vérifier l'élimination de l'urine, rechercher un globe vesical (faire éventuellement un sondage), toilette, température rectale, soins de bouche, gouttes nasales.

3. A tous moments : être attentif : aux modifications de la conscience, mouvements spontanés, à toute anomalie nouvelle, au degré d'hydratation.

4. Chaque matin : toilette générale, gouttes oculaires, désinfection rhino-pharingée, examen d'urines.

Traitements adjuvants - cures combinées

Nous avons vu qu'il était parfois nécessaire de prévenir les complications lorsque le terrain les faisait craindre : traitement tonicardiaque d'entretien, traitement antibiotique pour infection bronchique latente, infection urinaire ou intestinale. Mais nous pensons surtout à des indications psychiatriques particulières qui entraînent à associer à la cure un traitement plus spécifique.

1. *Electrochocs*

Outre l'Electrochoc de l'endormissement on peut appliquer une série de chocs pendant la narcose. On réalise alors une cure combinée *Narcose prolongée - sismothérapie*, qui répond à des indications spéciales, et aboutit à une dissolution rapide et profonde de la conscience. Elle exige des précautions particulières: appréciation de la résistance du sujet; diminution éventuelle des doses de cloettal ; le nombre d'Electrochocs peut être de 2 ou 3 par 24 heures.

Technique : L'Electrochoc est appliqué environ 5 heures après une instillation de cloettal, c'est-à-dire au moment où le sommeil est le moins profond, pour faciliter la reprise respiratoire. Généralement, les contractions musculaires sont très atténuées, obligeant rarement à l'administration d'un curarisant de synthèse.

La reprise respiratoire bien que légèrement retardée est le plus souvent spontanée. Ainsi, est-il possible, dans certaines indications impératives d'appliquer 12 à 15 Electrochocs pendant une cure de cloettal.

Le sommeil est d'ailleurs très facilité par la sismothérapie et est obtenu avec des doses moindres de cloettal. Mais le réveil d'une cure ainsi combinée est évidemment très différent étant donné la confusion mentale provoquée par la sismothérapie.

2. *Association de neuroleptiques*

Il est très tentant d'utiliser pour la narcose prolongée le rôle potentialisateur de neuroleptiques et d'en attendre un sommeil plus facile avec une réduction des hypnotiques.

Pendant l'année 1960, nous avons utilisé systématiquement cette potentialisation soit par voie rectale entre les instillations de cloettal, soit en injections intramusculaires répétées, soit surtout en perfusions lentes.

Avantages : Le sommeil est plus calme, sensiblement plus prolongé, les doses de cloettal peuvent être réduites de ¼ environ.

Inconvénients : Les dangers du traitement neuroleptique s'ajoutent à ceux de la narcose elle-même : douleur aux points d'injection, thrombose veineuse, dépression respiratoire, bronchoplegie, hypotension artérielle, tendances au collapsus.

En conclusion : nous avons abondonné l'emploi systématique des neuroleptiques et les réservons à certaines indications.

3. *Association d'autres hypnotiques*

Ils peuvent être utiles sous forme d'appoint au début de la cure et entre les instillations de cloettal lorsque le sommeil est difficile à obtenir et qu'une certaine agitation persiste. Nous utilisons alors en suppositoires des barbituriques légers ou des hypnotiques non barbituriques.

Au besoin on peut aussi, toujours à distance des instillations, employer des hypnotiques injectables (type somnifène) et plus volontiers encore des meprobamates injectables.

TECHNIQUE DU REVEIL

C'est la même que pour toute narcose.

Le réveil se fait spontanément 16 à 18 heures après la dernière instillation de cloettal — il est généralement rapide et s'accompage d'une sensation de malaise général et d'une céphalée discrète qui peut durer 24 heures.

Dès que le malade peut boire, nous autorisons une alimentation légère progressive avec la technique habituelle au maternage.

Les soins physiques restent très importants chez le malade régressé, qui reprend contact avec la réalité par le moyen de ses perceptions. Il est particulièrement sensible à l'ambiance de la chambre de cure, à l'entourage, à la présence féminine, aux gestes de sa toilette et à la protection médicale.

Il y a avantage à garder le malade au lit 2 ou 3 jours après le réveil, à limiter sa vie sociale à un cercle étroit, sécurisant et connu.

Une *crise de post cure* peut survenir entre le 2e et le 4e jour, dont nous verrons ultérieurement les symptômes, et qui peut requérir des médications telles que : lavement de chloral (2 g) ; administration de neuroleptiques voire même Electrochoc.

Pendant 6 à 8 jours après le réveil, il est fréquent que le malade ressente une fatigue permanente, une anorexie, une hypotension artérielle discrète, de l'insomnie.

COMPLICATIONS SOMATIQUES DE LA CURE DE CLOETTAL

Ces complications peuvent être graves, elles ont d'ailleurs contribué à discréditer la technique du cloettal puisque des cas de décès ont été publiés.

En ce qui nous concerne, nous estimons que les complications sont prévisibles et peuvent être évitées (ou tout au moins jugulées) par une surveillance et une technique rigoureuses.

Disons dès maintenant qu'à la clinique « Les Rives de Prangins », où plus de 500 cures de cloettal ont été pratiquées en 20 ans, aucun décès n'est survenu ni aucune complication durable.

Nous distinguerons deux ordres principaux de complications: complications générales et complications locales, dues à la souffrance de certains appareils en particulier.

Complications générales

Ce sont: le syndrome de déshydratation; les poussées fébriles centrales; les accidents de surdosage.

1. *Le syndrome de déshydratation:* Il nous paraît être à l'origine de nombreuses difficultés et complications, telles que : collapsus, infections pulmonaires.

Nous associons à ce syndrome les *poussées fébriles* qui apparaissent souvent vers le 3e ou 4e jour de cure, avec polypnée, oligurie et évolution vers le coma fébrile. L'examen clinique ne décèle, à part les signes de déshydratation, aucune anomalie importante.

La fièvre tombe rapidement après réhydratation.

2. *Accidents de surdosage*

Causes : Il s'agit de malades agités dont la cure a été entreprise d'urgence, avec une préparation somatique insuffisante; le sommeil a été difficile à obtenir, a exigé une accumulation d'hypnotiques.

Symptômes : Vers le 3e ou 4e jour de la cure, à l'agitation initiale succède un état comateux avec adynamie, hypotension artérielle, bradypnée et parfois hypothermie. Il s'agit en fait d'une intoxication barbiturique aiguë.

Traitement : Position en decubitus ventral, oxygénothérapie, analeptiques respiratoires et circulatoires en perfusion veineuse.

La cure peut être poursuivie à doses plus réduites après disparition des troubles.

Prophylaxie : Intérêt de la prénarcose associant Morphine et Scopolamine et surtout de l'Electrochoc d'endormissement, éventuellement de quelques injections de neuroleptiques au début des cures, dans les états d'agitation intense. Diminution rapide des doses de cloettal dès que le calme est obtenu.

Complications cardio-vasculaires

Causes : Déshydratation, intoxication barbiturique, cardiopathie antérieure ignorée.

Symptômes : a) *Collapsus :* hypotension brutale, tachycardie, pâleur, refroidissement des extrémités.

Traitement : Réhydratation, analeptiques cardio-respiratoires, voire même perfusions lentes de dérivés de la noradrénaline, éventuellement desoxycortico-sterone, cortine naturelle.

Les troubles disparaissent rapidement et la cure peut souvent être poursuivie sous contrôle strict et sous le couvert d'un tonicardiaque d'entretien.

b) *Troubles du rythme :* Arythmie, survenant par salves ou arythmie complète. Elles nécessitent l'arrêt de la cure et un examen cardiologique complet.

Précaution : E.C.G. systématique chez tous les sujets de plus de 45 ans avant la cure ; contrôle éventuel le 4e jour.

Complications broncho-pulmonaires

Ce sont les plus fréquentes, on les évite dans une large mesure par le drainage postural pendant toute la durée de la narcose. Le terrain peut les favoriser: rhinopharyngites, sinusites, corryza, bronchite chronique. On a récemment insisté (Lareng et Personne) sur la fragilité particulière pendant l'anesthésie, des insuffisants respiratoires (emphysémateux, scléreux pulmonaires).

Pendant la narcose : Action dépressive respiratoire des hypnotiques et surtout des barbituriques. Stase bronchique favorisée par le decubitus et surtout par l'abolition des réflexes tussigènes. Hypersécrétion bronchique accompagnant les perturbations végétatives; bronchoplégie des surdosages d'hypnotiques, aggravée par la potentialisation des neuroleptiques.

Les complications broncho-pulmonaires proprement dites sont les suivantes :

1. *Décompensation respiratoire :* cyanose, crises sudorales, dyspnée, encombrement bronchique, insuffisance cardiaque droite précisée par l'E.C.G. et déjà confirmée par l'accélération du pouls et l'élévation de la T.A. Possibilité d'apparition d'un état comateux en relation avec l'anoxemie et la souffrance des centres nerveux qu'elle entraîne, surtout si elle est associée à l'hypercapnie et à des perturbations électrolytiques.

Le traitement consiste à dégager les voies aériennes et à améliorer l'hématose. Donc aspiration des sécrétions au carrefour pharyngo-laryngé, drainage de posture, oxygénothérapie, stimulation de la ventilation par les analeptiques dans le liquide de perfusion — évidemment, l'administration de tout sédatif sera interrompue.

2. *Congestion pulmonaire - broncho-pneumonies diffuses.* Annoncées par l'encombrement bronchique, la dyspnée, l'élévation progressive de la température et les troubles de la ventilation pulmonaire.

Un traitement précoce visant à favoriser le dégagement des bronches et bronchioles par aérosols et traitement antibiotique permet en général une guérison rapide et même une reprise de la narcose après bilan de contrôle.

3. *Pneumonies.* Elles sont particulièrement à craindre chez ces malades fragilisés par une longue période d'agitation et des désordres métaboliques.

Toute élévation thermique au cours de la narcose prolongée doit les faire rechercher systématiquement, à la base des poumons comme aux sommets. L'arrêt immédiat de la cure s'impose, et le traitement spécifique habituel.

Il faut noter que les pneumonies et les bronchopneumonies apparues pendant une cure de cloettal n'ont pas eu, selon notre expérience de gravité particulière, et ont guéri sans laisser de séquelles.

4. *Abcès du poumon.* Bien que très rare, il mérite d'être signalé, car il peut être consécutif à l'inhalation de liquide gastrique au cours de l'endormissement ou d'un Electrochoc.

Nous avons eu l'occasion d'observer un abcès à pyocyaniques qui d'ailleurs a guéri en deux semaines.

5. Réveil d'un foyer pulmonaire latent, de tuberculose en particulier. C'est dire la nécessité du bilan de contrôle avant la narcose, de l'étude des antécédents somatiques et de l'examen radioscopique systématique.

Complications urinaires

Elles sont relativement fréquentes, apparaissant dans 7 à 8 % des cures.

Causes: Infection latente préexistante, déshydratation et hyperconcentration urinaire — stase due au decubitus et certaines malformations des voies urinaires hautes — rétention d'urine et sondages répétés.

Il s'agit en effet de complications infectieuses, toujours favorisées par les phénomènes de rétention.

1. *Pyélites aiguës :* survenant vers le 4e ou 5e jour et annoncées par une élévation brusque de température, précisées par les examens d'urine.

2. Plus fréquentes sont les simples cystites, et infections urinaires

Complications digestives

Nous voulons parler de troubles gastriques et intestinaux.

Hematemeses. Nous en avons constaté chez 3 patients dont 2 avaient des altérations hépatiques de précirrhose et l'autre une hypertension artérielle.

Chaque fois l'hémorragie a été peu abondante et n'a pas eu de suite. L'un de ces malades précirrhotique avait reçu de la réserpine pendant plusieurs mois avant la cure.

Une entérite avec hémorragie intestinale a eu lieu chez un seul de nos malades.

* * *

Etats allergiques. En aucun cas, nous n'avons remarqué d'accidents allergiques, même chez les malades enclins à cette série de troubles.

En conclusion de ce chapitre sur les complications de la cure de cloettal, nous tenons à préciser que nous avons particulièrement insisté sur elles, étant donné que des accidents ont été signalés dans certains pays qui ont renoncé à la cure de cloettal. Pourtant nous avons vu que la plupart d'entre elles peuvent être évitées par une vigilance rigoureuse du personnel médical et par des précautions particulières à chaque malade inspirées par le bilan clinique préparatoire.

En ce qui concerne notre expérience, nous constatons :

a) La rareté des complications importantes ; puisque sur 200 cures réalisées à la clinique « Les Rives de Prangins » entre 1954 et 1962, il y eut :

13 complications respiratoires aiguës ;
4 comas profonds avec collapsus cardiaque ;
2 complications rénales aiguës ;
4 complications digestives.

b) Le fait que sur 500 cures nous n'ayons eu aucun décès, ni aucune séquelle somatique.

CONTRINDICATIONS SOMATIQUES A LA NARCOSE PROLONGÉE PAR LE CLOETTAL

Comme pour toute intervention mettant à l'épreuve la résistance physique d'un patient, comme pour toute anesthésie générale de quelque durée soit-elle, il existe un grand nombre de causes de fragilité somatiques qui ne permettent pas d'engager un malade dans un risque qui pourrait être vital.

Nous ne ferons que citer par acquit de conscience les affections qui de toute évidence interdisent la narcose prolongée : insuffisances cardiaques, coronarites, insuffisance respiratoire chronique avec retentissement cardiaque, tuberculose pulmonaire même stabilisée, cirrhose hépatique, néphrite chronique, encéphalopathie organique, etc.

En tout cas, en présence d'une affection organique bien supportée et compensée, l'indication de la narcose prolongée ne peut être que le résultat d'une discussion dans laquelle sont mis en balance l'intérêt psychiatrique du traitement et d'autre part les risques qu'elle comporte.

Un bilan très complet, clinique et paraclinique dont nous avons déjà vu le détail permettra d'apprécier la résistance du sujet qui ne dépend pas

nécessairement de son âge. Il est difficile en effet de fixer un âge limite au delà duquel la narcose serait contre-indiquée.

Certes on connaît les points faibles des sujets de plus de 60 ans : risques de décompensation cardiaque, troubles de la circulation cérébrale, sensibilité particulière aux hypnotiques et en particulier aux barbituriques, danger d'hypotonie sphinctérienne, de lésions cutanées de decubitus, et surtout d'affaiblissement neuropsychique diffus compromettant de façon plus ou moins durable les fonctions de vigilance et d'attention.

Pourtant, en considérant tous ces dangers, il nous a paru que la narcose par le cloettal était mieux supportée par les sujets âgés que la grande cure de sommeil avec neuroleptiques de 3 semaines. Cela est dû certainement à la rapidité du traitement, à la facilité d'obtenir un sommeil profond avec de faibles doses de cloettal et aussi à la qualité du nursing.

Ainsi pouvons-nous citer quelques exemples de narcoses prolongées qui ont été effectuées sans incident malgré des circonstances défavorables :

— Chez un vieillard de 75 ans mélancolique, anxieux et suicidaire.
— Chez une délirante chronique opposante, anorexique et gravement dénutrie.
— Chez 3 anorexiques, pesant respectivement 27, 29 et 30 kilos, frénétiquement agitées, angoissées et systématiquement opposantes.
— Chez un diabétique en traitement insulinique, mélancolique, suicidaire et de structure paranoïaque.
— Chez un toxicomane de 70 ans hypertendu et arythmique, etc.

Mais il va sans dire que de telles cures obligent à une préparation très minutieuse du malade et à une surveillance plus que jamais vigilante.

PROBLÈMES PRATIQUES POSÉS PAR LA NARCOSE PROLONGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

La décision d'une telle méthode thérapeutique suppose l'existence de toute une organisation :

1. *Organisation technique :* Nous avons vu la nécessité d'une pièce silencieuse et climatisée, ainsi que d'un matériel de réanimation à la portée de la main du personnel soignant.

2. *Disponibilité du personnel.* C'est là un souci de première importance pour l'équipe médicale.

Il est en effet indispensable que le patient soit confié 24 heures sur 24 pendant toute la durée de la cure et même les 2 ou 3 jours suivants (10 jours au total) à des mains compétentes : infirmiers ou infirmières diplômés ayant déjà l'expérience du nursing et de la surveillance d'une telle cure.

Ainsi 2 ou 3 personnes se relaient au chevet d'une même malade durant toute la cure. Eventuellement plusieurs malades peuvent être groupés, la même infirmière surveillant 2 cures, 3 au maximum, et à condition qu'une aide soit disponible au moindre appel.

INCIDENCES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOTHÉRAPIQUES DE LA NARCOTHÉRAPIE PROLONGÉE

Nous avons essayé de nous représenter comment le malade vivait sa narcose, à travers ses réactions et la connaissance préalable que nous avions des manifestations de son angoisse.

Cet essai d'identification peut paraître artificiel, il repose pourtant sur un très grand nombre d'observations, et il nous paraît nécessaire pour mieux prévoir et apaiser les réactions du sujet par rapport à son traitement et par rapport à l'entourage soignant, de tenter de préciser ce que le plus grand nombre de malades semble exprimer.

La cure se déroule en plusieurs phases consécutives :
— endormissement ;
— installation dans le sommeil ;
— sommeil profond continu ;
— réveil ;
— post cure ;
— prise de conscience et réorganisation.

1. *Préparation psychologique à la narcose et à l'endormissement*

Une narcose prolongée est vécue par le malade comme un événement dramatique de son histoire. Le patient et son médecin en attendent d'importants résultats et s'engagent ensemble dans une étrange aventure.

Elle représente une expérience magique, car, en effet, pendant 6 à 8 jours le sujet sera exclu du monde, de toute relation humaine sinon par l'intermédiaire de son corps et dans une totale dépendance par rapport au médecin et à son équipe médicale.

a) *Acceptation de la cure*

Le malade attend sa cure et il est indispensable que le plan en soit établi avec lui et l'indication bien précisée. C'est dire à quel point la narcose prolongée doit s'intégrer dans le cadre de la psychothérapie.

C'est une période d'abandon de liberté qui s'inscrit dans la relation de transfert et est diversement investie. La dépendance est accordée au médecin en fonction d'un marché qui en contrepartie exige de la cure certaines satisfactions : aucun effort, donc sommeil continu ; endormissement rapide ; disparition de l'angoisse ; réveil calme ; résultat durable du traitement ; surveillance constante et présence du médecin pendant le sommeil et surtout au réveil.

La date du réveil étant fixée, c'est l'instant magique du départ dont la piqure au pli du coude marque le signal, et c'est de la main du médecin que le sujet plonge brusquement dans un néant qu'il appréhende avec angoisse et soulagement.

Quelle que soit son indication, le sujet perçoit la narcose prolongée comme une coupure de son état d'angoisse, au moins momentanée, au mieux prolongée, avec le secret espoir de sortir de la situation inextricable dans laquelle il se trouve enfermé.

Ainsi la narcose prolongée est souvent mieux acceptée que la cure de sommeil discontinue qui exige une participation active du malade, l'expose à un état de vulnérabilité consciente qui favorise l'envahissement par les fantasmes et l'entraîne dans une régression qui annihile ses défenses et risque de le précipiter dans le monde psychotique.

b) *Résistance au traitement, refus de la cure*

Il arrive que l'urgence médicale oblige à pratiquer la narcose prolongée contre le gré du malade, par exemple dans les états délirants aigus avec agitation ou les délires des paranoïaques, de même que dans les états passionnels dont le caractère morbide n'est pas ressenti et qui sont souvent l'objet de mesures administratives.

Dans ces cas où toute thérapeutique est systématiquement refusée avec obstination et qu'il est impossible d'abandonner à leur sort, la narcose prolongée est le procédé de choix permettant de soigner le sujet sans le traumatiser. Car il est certain que toute mesure médicale est alors ressentie comme une agression et un préjudice graves qui compromettent toute psychothérapie ultérieure et serviront même de support à une revendication agressive.

L'avantage de la narcose prolongée réside alors dans le fait qu'elle est enclenchée par une narcose unique et que, surtout si le sommeil initial est favorisé par 1 ou 2 Electrochocs, la méthode d'endormissement restera dans l'oubli.

Au réveil de cure, la situation étant transformée, un contact pourra s'établir éventuellement et faciliter la mise en œuvre d'une thérapeutique plus spécifique.

Lorsque l'angoisse de l'endormissement a pu être modérée, la cure sera

plus facile, plus régulière, et demandera des doses d'hypnotiques moins importantes.

Au contraire les cas de résistance au traitement seront davantage exposés aux accidents de surdosage à partir du 3e jour.

2. *Phase d'installation dans le sommeil*

Pendant les 3 premiers jours, le sommeil devient progressivement plus profond et plus régulier.

Tandis que peu après l'endormissement, le sujet émerge de sa somnolence sans toutefois reprendre totalement conscience, bien souvent le sommeil n'est réellement continu qu'à partir du 3e jour.

A ce moment commence la

3. *Phase de sommeil profond*

Il est parfois possible de préciser l'instant où le malade s'abandonne véritablement au sommeil, renonçant subitement à toutes ses défenses, comme s'il acceptait de se laisser aller à la régression hypnotique. Et en effet, il devient absolument passif, ne réagit plus au monde extérieur qui n'existerait alors plus pour lui.

Toute la vie de relation est interrompue, la sensibilité aux excitations est pratiquement nulle, les rares mouvements spontanés sont destinés à favoriser la position de repos ou au contraire indiquent une gêne douloureuse, abdominale ou respiratoire, et sont d'ordre réflexe.

La tranquille béatitude exprimée par le visage du patient aide l'observateur à se représenter l'apaisement de cet isolement narcissique. image d'un bonheur primaire que l'on compare tout naturellement au refuge maternel intra-utérin. C'est là peut-être un des aspects de cette « régression thalassale » qui, selon Ferenczi, ramène l'individu à un mode « d'existence aquatique dans l'intérieur de la mère humide et riche en nourriture ».

Mais après ce séjour paradisiaque dans les profondeurs pendant 2 ou 3 jours, le sujet va peu à peu remonter à la surface, c'est-à-dire sortir de cette expérience régressive.

4. *Période de réveil*

Elle se fait en 16 à 18 heures, après l'arrêt des hypnotiques. Le sommeil qui était artificiel, médicamenteux, devient un sommeil naturel entrecoupé de réveils de courte durée pendant lesquels le sujet peut absorber quelques boissons et se prêter aux soins de toilette entre des mains maternelles. Rarement confus, il reconnaît d'emblée les personnes qui l'approchent et

répond à des questions simples concernant son état physique. Il existe alors une obnubilation intellectuelle due à l'accumulation des hypnotiques, qui ne permet qu'une relation partielle avec la réalité et avec autrui et qui est vécue généralement sans angoisse. Il semble que le patient se confine pendant cette période, dans un état végétatif du fait de son incapacité à reprendre possession de lui-même et de son histoire.

C'est avant la réapparition d'une vigilance complète que le patient exprime son désir d'une présence affective permanente, par l'exigence de soins multiples, par son refus de rester seul. Ce moment est évidemment un moment privilégié pour la création de nouveaux investissements affectifs dont le psychothérapeute saura profiter. Mais c'est aussi le retour dans le monde, la peur d'une angoissante solitude.

5. *La post cure*

C'est la période qui s'étale pendant 2 à 8 jours après la fin de la cure. Elle correspond sur le plan biologique à l'élimination des hypnotiques contenus dans le cloettal et à des manifestations de sevrage : insomnie, phénomènes d'excitation psychique.

A cet état de manque et de besoin sembable à celui qu'éprouvent les toxicomanes, s'ajoutent la déception de quitter un univers confortable pour de nouveau faire face aux réalités, et la frustration affective créée par l'abandon d'une situation de contentement.

Nous ne reprendrons ici l'étude très complète des phénomènes critiques d'après cures de sommeil de la thèse de L. Carretier et des nombreux auteurs cités dans cette même thèse, que pour montrer les modifications dues à l'autre type de cure que représente la narcose prolongée.

Les manifestations de post cure sont extrêmement variées, elles se présentent parfois sous forme de paroxysmes anxieux et oniriques, mais bien souvent ne sont qu'une modification de la symptomatologie qui préexistait à la narcose. Mais, hormis les troubles qui nous paraissent dus au sevrage médicamenteux, il est rare que l'état psychique ne soit pas modifié par la narcose prolongée.

Symptomatologie de la post cure

Divers syndromes peuvent être isolés:

1. Disparition simple des troubles critiques qui ont motivé la cure. Disparition de l'accès anxieux ; retour à l'état antérieur, plus ou moins fixé (paranoia, psychose anorexique, psychoses avec détérioration mentale, certaines schizophrénies fixées).

2. Etat dysphorique: soit euphorie hypomaniaque, soit dépression avec hyperesthésie affective, sensation de bien-être, de sédation de l'angoisse, mais avec une impression de fragilité, d'émotivité particulière.

3. Dépendance infantile, avec parfois comportement puéril, recherche de satisfactions orales et d'amour maternel. Cet état apparaît plus souvent lorsqu'un nombre limité d'Electrochocs a été pratiqué et évolue rapidement dès la reprise de contact social, vers la progression.

4. Anxiété hypocondriaque parfois très vive et accompagnée de réactions agressives, survient surtout dans les états prépsychotiques.

5. Accentuation passagère des symptômes, bouffée délirante, excitation maniaque, agitation anxieuse, crises de fureur -

6. Inversion des symptômes : dépression-hypomanie ; manie-dépression avec dysphorie; autisme-extraversion; délire de persécution-angoisse hypocondriaque.

7. Crise confuso-onirique avec projections fantasmatiques labiles, polymorphes, avec agitation ou agressivité diffuse, érotisme, désinhibition des tendances.

Signalons que nous n'avons pas observé d'épilepsie de post cure.

Psychodynamique de la post cure

A partir du tableau qui récapitule nos observations de crises de post cure, nous avons l'impression que celles-ci expriment pour chacun des cas l'infrastructure instinctivo-affective qui conditionnait l'organisation défensive des symptômes.

Ainsi dépourvue des systèmes d'accommodation, l'angoisse libérée apparaît sous une forme archaïque, débarrassée de ses composantes intellectuelles et de celles qu'imposent habituellement la relation à autrui.

Dans les cas de prépsychose, l'angoisse de post cure est particulièrement inexprimable et envahissante.

Le comportement exprime alors d'une manière labile deux états qui peuvent se confondre :

— désarroi avec onirisme fantasmatique ;

— avidité affective

qui reflètent selon nous le manque et la quête de l'objet, et qui pendant quelques heures caractérisent ce moment dramatique qu'il est coutume déjà de qualifier de « privilégié », qui signifie un appel, une exigence, que la présence et le « maternage » vont s'efforcer d'apaiser. On peut souvent remarquer que la présence d'une personne rasssurante (donc connue et préalablement acceptée par le patient) suffit à disperser l'envahissement fantasmatique et à calmer l'angoisse.

Avec le geste s'accordant à des paroles bienfaisantes, le maternage prétend poursuivre au delà du réveil le régime gratifiant qui favorisait le calme affectif de la cure grâce à un substitut de mère représenté par l'équipe soignante et ses rites corporels, les soins intimes qu'elle prodigue généreusement et la prévoyance des besoins.

Le confort somato-affectif, la présence sécurisante, la disponibilité bienveillante de l'entourage sont réellement nécessaires à l'évolution de cette période angoissée de post cure. Comme le font remarquer Azima et ses collaborateurs, le sujet soumis à un isolement sensoriel de plusieurs jours désorganise son schéma corporel et modifie ses somatognosies. Il est un fait que le sujet retrouve une relation au monde par des attitudes prégénitales anales et orales, et que c'est dans la confrontation avec autrui qu'il reconstruit d'abord son unité corporelle, puis son autonomie.

Ainsi le maternage nous paraît-il favoriser la somatisation de l'angoisse ou, au moins, son expression sur un mode sensitivo-émotionnel qui facilite par la suite le contact dans la relation à autrui.

6. *Prise de conscience et réorganisation*

La fin de la post cure, que celle-ci ait été calme ou paroxystique, est le plus souvent marquée par un changement rapide qui se situe entre le 2e et le 4e jour après le réveil. Il s'agit alors d'une prise de conscience de soi, qui se réalise par rapport à la sensation d'angoisse et à la faveur du maternage rassurant.

Mais du même coup, alors qu'il s'en distingue, le patient retrouve la souffrance et l'obligation de se défendre contre elle, avec ou sans l'aide d'autrui ; la disponibilité, la présence du thérapeute à ce moment permettent à travers la relation transférentielle, de localiser l'angoisse et d'aider ainsi le sujet à éviter de se laisser de nouveau envahir totalement ou de refouler massivement ses pulsions fantasmatiques.

Il suffit en fait que le thérapeute entre dans le cercle des fantasmes, y soit ressenti présent, pour que la relation psychothérapique soit créée ou renouvelée et que par conséquent elle devienne efficace à l'évolution du sujet.

RÉSULTATS DE LA CURE

Il nous paraît nécessaire de distinguer : les résultats de la cure elle-même, qui sont généralement temporaires et symptomatiques ; les résultats lointains, considérés sous l'angle de la relation psychothérapique et dans le plan thérapeutique.

1. *Résultats symptomatiques*

Ils ne peuvent être réellement appréciés que 10 à 15 jours après la fin de la cure, alors que le malade s'est stabilisé dans une situation nouvelle.

a) *Sédation de l'angoisse :* Du point de vue de l'observateur : après l'épisode critique de post cure, le malade apparaît nettement plus détendu et syntone à l'ambiance. Les symptômes de régression ont disparu rapidement en quelques jours tandis que le patient regroupait ses moyens de défense, conscient d'être moins vulnérable et surtout de n'être plus débordé par sa propre angoisse.

b) *Dépendance:* Alors qu'il était méfiant, hostile, le malade est devenu docile et influençable, ce qui permet la mise en application d'une thérapeutique biologique plus spécifique (cure de Sakel, chocs humides insuliniques, cure de sommeil, cure chimiothérapique).

c) *La socialisation* est un des résultats les plus constants de la narcose prolongée, elle relaie progressivement le maternage dont elle représente l'aboutissement, et nous avons pu observer qu'il y avait avantage à l'entreprendre sous la conduite du personnel qui a participé à la post cure.

La socialisation sera d'ailleurs d'autant plus facile et satisfaisante que la relation de maternage aura été plus intime et durable.

Par la suite le malade est pris en charge par l'équipe socio-thérapeutique pour une plus grande émancipation et une réadaptation occupationnelle et sociale.

d) *Dissolution et modification des symptômes :* La dissolution des troubles résulte de la sédation de l'angoisse et de la prise de conscience des symptômes en tant que phénomènes morbides; elle permet au patient de prendre une distance par rapport à sa maladie. La prise de conscience est aidée par le rappel des troubles antérieurs à la cure, ressentis alors comme passés.

* * *

Le souvenir de la narcose elle-même est toujours très vague. L'amnésie de l'endormissement est totale, qu'il y ait eu ou non un Electrochoc. Il en est de même des réveils incomplets du début de la cure et même d'une partie de la phase d'obnubilation du réveil. Ainsi donc, les manifestations les plus régressives et les bouffées oniriques, seront-elles scotomisées.

Des malades ont pu nous dire qu'ils avaient eu l'impression d'avoir dormi quelques heures seulement puis d'être sortis d'un rêve ou d'un cauchemar, d'avoir enfin retrouvé leur unité, d'être redevenus eux-mêmes.

Un patient paraphrène reprochait à son thérapeute de l'avoir ramené sur terre et privé de son univers planétaire dont il croyait encore ne pouvoir se passer (obs. N° 20).

Tel malade prépsychotique, retrouvait après la cure son schéma corporel, reprenait possession de sa sensibilité, mais aussi de sa fragilité affective (obs. N° 4).

Ainsi la narcose est-elle vécue comme un bouleversement de courte durée, qui aboutit à un éclatement des systèmes défensifs, à un écartèlement de l'autisme, à une réhabilitation du moi somatique, à une nouvelle appréhension de la réalité et de la relation à autrui, et cela sans altération du potentiel de défense.

2. *Résultats psychothérapiques*

Tous ces bouleversements psycho-affectifs viennent s'inscrire dans la relation psychothérapique, et dans le plan thérapeutique. C'est l'utilisation dans le transfert des apports de la narcose qui en conditionnera le résultat durable.

a) *Création de la relation psychothérapique:* C'est le cas du malade avec lequel aucune communication n'est possible, soit parce que, ne supportant pas le moindre contact, il s'enferme dans son système défensif délirant rationalisé et hermétique, soit que la peur et l'opposition restent tellement intenses que toute approche augmente l'angoisse et crée des dangers d'impulsions, soit aussi que l'agitation psychomotrice mette obstacle aux rencontres. Le malade est seul, il s'entoure désespérément d'une muraille sans faille.

Le traitement vient alors permettre une ouverture et une prise de contact.

b) *Renouvellement de la relation psychothérapique :* On se trouve parfois dans une impasse, une situation stagnante qui entretient l'installation du patient dans une organisation fixe, ou dans un cercle vicieux d'attitudes et de réactions stéréotypées et négatives, ou dans un blocage rigide de la relation.

Dans ces circonstances, la narcose prolongée permet une reprise de contact, une mobilisation des affects et une évolution psycho-affective.

Ce renouvellement relationnel sera d'autant plus profond que le thérapeute aura pu recevoir le matériel de la période de post cure qui souvent donne lieu à un véritable catharsis. Nous avons déjà étudié les manifestations symptomatiques de cet événement et ses incidences sur la relation transférentielle. Il est certain que l'extraversion des pulsions et des fantasmes enrichit considérablement les possibilités de connaissance des mécanismes psychologiques et que la projection sur le thérapeute des tendances agressives ou érotiques permet l'évolution de la relation de transfert.

Il en est de même, par le biais somatique, des réactions anxieuses hypocondriaques dans lesquelles on peut trouver un appel.

c) *Sédation d'un accès anxieux au cours de la psychothérapie:* Accidents réactionnels à la mobilisation des affects au cours du traitement psychothérapique, ils peuvent donner lieu à des manifestations impulsives mettant en danger la vie du malade ou d'autrui, à des paroxysmes anxieux qui compromettent la continuité et l'évolution dans un sens positif de la relation au thérapeute.

La narcose devient alors le traitement de choix, qui apporte au malade la sécurité, la protection, sans pour cela compromettre son évolution psycho-affective.

* * *

Pour illustrer ces dernières données, nous proposons deux observations de malades psychotiques dont la cure psychothérapique nous a amenés à pratiquer des *narcoses continues répétées.* Chaque cure, chez ces deux patients, a été l'occasion d'une évolution positive en rendant possible le passage à une nouvelle étape vers la « névrotisation » des symptômes et leur résolution progressive.

Observation N° 22

Jeune fille de 26 ans, élevée dans un milieu rigide, traditionnel, étroitement dépendante d'une mère inaffective et captatrice. Sur une structure obsessionnelle, elle développe depuis plusieurs années un délire de damnation monoidéique qui l'envahit totalement, passivement et fait porter le diagnostic de schizophrénie catatonique avec détérioration mentale.

L'échec de toute une série de cures biologiques intensives a fait envisager une lobotomie. Toute approche psychothérapique reste vaine, malgré deux cures de sommeil.

Une première cure de cloettal avec Electrochocs amène un changement spectaculaire, avec disparition des idées de damnation, prise de consience de l'état névrotique. L'angoisse s'accroît progressivement après quelques mois, ajoutant aux troubles caractériels des phénomènes compulsifs, des décharges motrices hystériformes, et une ambivalence transférentielle

angoissante qui s'accompagne d'idées de fugue, de suicide, d'un état d'agitation clastique, et d'opposition à toute thérapeutique. La deuxième cure de cloettal est alors effectuée avec un seul Electrochoc d'endormissement. Elle est suivie d'un réveil calme, détendu, parfaitement lucide et favorable au contact psychothérapique pendant plusieurs mois.

Une troisième cure de cloettal a été entreprise 6 mois après, dans des circonstances apparemment identiques mais sur la demande et avec la coopération totale de la malade. Et par la suite des progrès constants se sont affirmés à la faveur de la psychothérapie individuelle et de groupe, tandis que les paroxysmes anxieux devenaient sensibles à de courtes cures de neuroleptiques.

Ainsi apparaît nettement dans cette étude le double rôle de la narcose prolongée (désorganisation du système délirant fixé, résolution des paroxysmes psycho-névrotiques) ainsi que son intérêt dans les états morbides qui se situent aux limites de la psychose et de la névrose.

Observation (N° 30) d'une jeune fille de 24 ans déjà traitée périodiquement depuis plusieurs années, pour des accès délirants avec agressivité, idées de préjudice et de persécution, survenant sur une psychopathie caractérielle. L'intensité des projections délirantes, de la tension sous-jacente, la méfiance et la peur rendent très difficile l'approche psychothérapique.

Mais des narcoses continues prolongées, pratiquées à l'acmé des poussées anxieuses (3 cures en deux ans) ont permis d'établir avec la malade une relation psychothérapique valable et efficace, une adaptation sociale satisfaisante, l'extériorisation des conflits familiaux et sexuels et la prise de conscience des anomalies caractérielles.

INDICATIONS DE LA NARCOTHÉRAPIE PROLONGÉE

Rappel historique : Lorsque Klaesi a le premier pratiqué des narcoses prolongées avec le somnifène puis avec le mélange de Cloetta, il les destinait essentiellement aux schizophrènes lors des accès évolutifs ou dans les formes fixées dans la chronicité — de même le firent Bleuler et Müller.

Les succès obtenus, bien que modérés, en ont étendus les indications à d'autres syndromes psychiatriques aigus, tels que les psychoses maniaco-dépressives ; puis successivement Monnier en 1936 l'applique aux états d'agitation psychogène, Favre et Danjou en 1939 aux délires sensitifs de type Kretschmer puis O. Forel en 1943 aux grandes bouffées anxieuses des psychasthéniques et aux désintoxications morphiniques.

Dès 1946, Ch. Durand à la clinique des « Rives de Prangins », utilise la cure de Cloettal dans tous les grands syndromes psychotiques, soit pour se rendre maître d'une grande excitation psycho-motrice ou de manifestations anxieuses graves, soit pour permettre une reprise du contact affectif comme chez les schizophrènes.

Mais, alors que sur 125 cures pratiquées par Monnier avant 1936 au Burghölzli à Zurich sur des schizophrènes et des maniaco-dépressifs, on enregistrait près de 50 % d'échecs dus pour un tiers aux complications somatiques, la statistique publiée en 1954 par Ch. Durand met en évidence de très nombreux succès qui sont en rapport avec la rigueur extrême de la technique de cure qui élimine la plupart des complications, et avec l'extension de la méthode à des indications nouvelles telles que névroses hystériques, névroses obsessionnelles, manifestations psycho-somatiques, états passionnels et états délirants de structure paranoïaque d'évolution récente.

Depuis 1954, les thérapeutiques neuroleptiques d'application plus courante ont été utilisées systématiquement dans tous les grands syndromes psychiatriques avec des succès évidents, surtout dans les états névrotiques et psychosomatiques, et par la suite dans les psychoses maniaco-dépressives. Nous ferons plus loin l'étude comparative des différents types de cure de sommeil et de leurs indications respectives.

En tout cas, au cours de ces dernières années à la clinique des « Rives de Prangins », la narcose continue prolongée a gardé de nombreuses indications pour lesquelles elle nous paraît irremplaçable malgré les progrès de la pharmacopée psychiatrique. Alors que la méthode était autrefois

réservée aux cas aigus, l'équipe de Prangins a tendance à la faire entrer dans la série des techniques biologiques susceptibles de remanier des situations psychothérapiques fermées ou stagnantes et de permettre une évolution nouvelle de la relation de transfert. C'est dire que les indications de la N.C.P. s'étendent désormais de plus en plus au domaine des psychoses.

Nous envisageons maintenant successivement les principales indications des narcoses continues prolongées à travers l'expérience de l'équipe médicale des « Rives de Prangins », de 200 cures de 1954 à 1963 :
états prépsychotiques, états délirants, schizophrénies, psychoses maniaco-dépressives, névroses, toxicomanies.

I. ETATS PRÉPSYCHOTIQUES

Les états prépsychotiques ont toujours été de traitement difficile.

L'étude de ces malades nous les montre en effet dans une situation de danger particulier qui est l'envahissement de toute la personnalité par la psychose, la perte de contact avec le réel et avec autrui. Ils se tiennent en équilibre grâce à une organisation fragile et instable qui risque de céder au moindre traumatisme. La méfiance du malade à l'encontre de tout ce qui lui paraît devoir affaiblir ses défenses ou diminuer sa conscience vigilante, prouve combien il ressent sa vulnérabilité. L'angoisse psychotique est souvent masquée par un état dysphorique où domine l'hypomanie, ou par une attitude agressive. L'ambivalence et la peur caractérisent la relation psychothérapique.

La narcose continue prolongée a pour avantage primordial de respecter les défenses du sujet, de ne pas aggraver la désorganisation de sa structure malgré une régression importante. Celle-ci s'installe sans angoisse pendant les premiers jours de la narcose, favorise au réveil une prise de contact avec l'infirmière maternelle.

Obs. 1. Homme - 25 ans. Névrose fixée anxio-phobique. Autisme. Dépersonnalisation. Intoxication barbiturique. Cure : Cloettal - 118 cc - 6 jours. Post cure : crise anxieuse hypocondriaque. Evolution : sédation de l'angoisse - psychothérapie.

Obs. 2. Homme - 28 ans. Structure paranoïaque - réaction persécutive - autisme - agressivité. Cure : Cloettal - 6 jours - 6 E.C. Post cure : crise anxieuse - peur diffuse. Evolution : sédation - accepte insuline - Psychothérapie.

Obs. 3. Homme - 24 ans. Structure obsessionnelle - autisme - négativisme - tentatives de suicide. 2 cures : 1959 - 7 jours - 165 cc - 1962 - 3 jours - 60 cc. Post cure : agitation dysphorique. Evolution : amélioration (contact et activité) - Psychothérapie.

Obs. 4. Jeune fille - 20 ans. Structure schizoide - autisme - dépersonnalisation - dysphorie. Cure : 92 cc - 6 jours. Post cure : agitation hypomaniaque 3 jours. Evolution : prise de conscience - Sakel 7 comas - psychothérapie - guérison.

Obs. 5. Homme - 25 ans. Structure paranoïaque (caractère sensitif) - accès maniaque - délire de persécution. Cure : 124 cc - 7 jours. Post cure : anxiété hypocondriaque. Evolution : prise de conscience - stabilisation par insulinothérapie.

Obs. 6. Jeune fille - 21 ans. Troubles caractériels - dissociation - destructuration - accès anxieux. 3 cures à plusieurs mois d'intervalle. 9 jours, 148 cc - 7 jours, 110 cc - 8 jours, 106 cc. Evolution : sédation - amélioration du contact - psychothérapie.

Obs. 7. Femme - 33 ans. Autisme - dissociation - dépersonnalisation - agressivité. Cure : 7 jours, 70 cc. Post cure : calme - dépendance affective. Evolution : amélioration - contact - psychothérapie.

Obs. 8. Femme - 22 ans. Psycho-névrose obsessionnelle - autisme - catatonie - dépersonnalisation. Cure : 6 jours, 103 cc - 8 E.C. Post cure : anxiété - dépression - dépendance. Evolution : prise de conscience - contact - psychothérapie.

Obs. 9. Homme - 38 ans. Structure obsessionnelle - délire - agitation. Cure : 7 jours, 82 cc - 1 E.C. Post cure : détente - dépendance. Evolution : contact amélioré - pas de psychothérapie.

Obs. 10. Jeune fille - 20 ans. Troubles caractériels - dissociation - tr. graves du comportement - autodestruction. Cure : 10 jours, 158 cc - 6 E.C. Post cure : anxiété - dépression. Evolution : nette amélioration du contact - psychothérapie - stabilisation par insuline - psychanalyse.

Obs. 11. Femme - 25 ans. Schizophrénie simple avec dysphorie (hypomanie). Cure : 9 jours, 164 cc - 9 E.C. Post cure : confusion. Evolution : dépression - puis stabilisation - psychothérapie.

Obs. 12. Jeune fille - 22 ans. Névrose caractérielle hystérique sur structure psychotique - agitation - hallucinations - autodestruction - décompensation par cure neuroleptique. Cure cloettal - 9 jours, 158 cc. Post cure : disparition des troubles - dépendance. Evolution : prise de conscience - pas de psychothérapie.

Obs. 13. Jeune fille - 22 ans. Névrose de caractère - idées de jalousie et de préjudice. Cure : 6 jours, 126 cc. Post cure : détente. Evolution : prise de conscience - stabilisation.

Obs. 14. Jeune homme - 20 ans. Angoisse psychotique - délire flou - dysphorie. Cure : 6 jours, 70 cc. Post cure : délire onirique - angoisse primaire. Evolution : cure de Sakel - psychothérapie - guérison.

Obs. 15. Femme - 30 ans. Névrose caractérielle - idées de jalousie et de préjudice - agitation - accès délirant déclenché par cure de sommeil. Cure : 4 jours, 54 cc. Post cure : délire onirique - angoisse primaire. Evolution : prise de conscience - stabilisation.

Obs. 16. Femme - 32 ans. Structure hystéro-phobique - agitation anxieuse - hallucinations - idées de possession. Cure : 6 jours - Cloettal, 76 cc. Post cure : détente - disparition des troubles. Evolution : prise de conscience - stabilisation - psychanalyse.

Récapitulation

16 malades prépsychotiques ont subi une narcose continue prolongée (en tout 19 cures).

8 ont pu être acheminés vers la guérison après stabilisation éventuelle par une cure d'insuline : soit chocs humides ; soit cure de Sakel écourtée : 10 comas environ suivie de psychothérapie analytique.

8 ont été améliorés et dans l'ensemble n'ont pas subi de psychothérapie pour diverses raisons: opposition liée à la structure caractérielle; impossibilités pratiques à la poursuite de la psychothérapie (arguments familiaux ou pécuniaires). Aucun de ces malades n'a été aggravé.

Notons que :

3 de ces malades (obs. 12, 15, 16) avaient été aggravés par des cures de sommeil qui avaient provoqué un affaiblissement des défenses et une recrudescence des symptômes ;

dans les observations 3, 8, 1, les malades avaient déjà subi sans succès durable une grande cure de Sakel ;

observation 14 : le malade de structure psychotique ne donnait pas de prise à la thérapeutique, se montrait opposant et fuyant. La narcose a provoqué une aggravation apparente de la situation, qui en fait a rendu possible la cure de Sakel ;

dans l'ensemble de ces observations, la post cure donne lieu à une somatisation de l'angoisse où dominent les préoccupations hypocondriaques et la dysphorie.

C'est vers le 4e jour de post-cure que se produit après une bouffée d'angoisse la prise de conscience qu'accompagne une nouvelle appréhension de la réalité et une amélioration importante du contact.

La relation psychothérapique a toujours été très nettement favorisée par la narcose et c'est à cela surtout que nous pensons devoir les résultats les plus positifs.

II. LES DÉLIRES

Avec l'intention de les séparer ensuite, nous groupons sous ce titre les grands syndromes psychiatriques où le délire domine par son intensité et son envahissement, toute la symptomatologie. Cela est le cas dans des états aussi différents que les bouffées délirantes, les délires passionnels, les délires aigus, les délires schizophréniques, les délires paraphréniques et ceux des paranoïaques.

Mais cette juxtaposition semble déjà moins artificielle si on se représente l'attitude du thérapeute en face d'un malade délirant, car en fait, quel que soit ce qui le soustend, le délire forme un écran entre le malade et autrui, entre le malade et le psychothérapeute. Or nous proposons une méthode susceptible de faciliter l'approche du malade délirant en le replaçant dans les conditions qui l'ont amené à construire son délire.

A titre d'exemple, quelques observations montrent le bien-fondé de cette démarche.

Observations

Obs. 17. Femme - 32 ans. Structure paranoïaque - délire érotomaniaque. Cloettal 70 cc - 6 jours - 10 E.C. Post cure : puérilisme - dépendance. Evolution : transfert psychothérapique - guérison.

Obs. 18. Femme - 43 ans. Structure paranoïaque - hypomanie - dysphorie - délire de jalousie - alcoolisme. Cloettal 71 cc - 7 jours - 4 E.C. Post cure : dépendance - docilité. Evolution : prise de conscience - stabilisation - psychothérapie - guérison.

Obs. 19. Homme - 50 ans. Structure paraphrénique - mélancolie - évolution paraphrénique : délire de possession diabolique avec syndrome de Cotard. Cloettal 113 cc - 9 jours - 12 E.C. Post cure : dépression - anxiété. Evolution : amélioration progressive - reprise de contact et d'activité - guérison.

Obs. 20. Jeune homme - 21 ans. Structure schizoide - délire autistique d'imagination - évolution paraphrénique. Cloettal 60 cc - 7 E.C. Post cure: anxiété hypocondriaque puis agitation érotique et agressive - productions oniriques labiles. Evolution : amélioration du contact - psychothérapie en cours avec réadaptation sociale satisfaisante.

Obs. 21. Jeune homme - 22 ans. Structure obsessionnelle - dysphorie - délire de transformation mégalomaniaque avec dissociation. Cloettal 8 jours, 87 cc. Post cure: agitation confuso-onirique - 2 E.C. Evolution: contact psychothérapique - Sakel 12 comas - guérison.

Obs. 22. Femme - 26 ans. Névrose caractérielle hystéro-phobique - délire de damnation - évolution catatonique. Cures répétées: 1960 - Cloettal 110 cc - 18 E.C. ; 1961 - Cloettal 70 cc - 2 E.C. ; 1962 - Cloettal 131 cc - 7 E.C. Post cure: régression infantile avec dépendance. Evolution: réadaptation lente - relation améliorée - psychothérapie.

Obs. 23. Femme - 35 ans. Névrose caractérielle hystérique - délire hypocondriaque. Cloettal 111 cc - 7 jours. Post cure: agitation anxieuse - 1 E.C. Evolution : amélioration temporaire.

Obs. 24. Homme - 43 ans. Structure paranoïaque - délire de persécution. Cloettal 93 cc - 5 E.C. Post cure: confusion puis méfiance. Evolution: contact nouveau - accepte insulinothérapie - réadaptation.

Obs. 25. Homme - 45 ans. Paranoia - délire de persécution. Cloettal - 6 jours plus 3 E.C. Post cure : angoisse hypocondriaque. Evolution : plus influençable - accepte insulinothérapie.

Obs. 26. Homme - 45 ans. Paranoia - délire sexuel - dépression. Cloettal 102 cc - 8 jours - 1 E.C. Evolution : amélioration du contact - diminution des productions délirantes.

Obs. 27. Femme - 42 ans. Caractère sensitif - délire de jalousie. Cloettal 8 jours - 80 cc. Evolution : accepte insuline - amélioration.

Obs. 28. Femme - 62 ans. Paranoia - délire chronique d'empoisonnement. Cloettal 8 jours - 5 E.C. Evolution: contact très amélioré avec disparition du délire pendant 2 mois.

Obs. 29. Homme - 23 ans. Caractère sensitif - dysphorie - délire de persécution avec hypomanie. Cloettal 7 jours - 2 E.C. Post cure : hypocondrie. Evolution : amélioration temporaire du contact.

Obs. 30. Femme - 25 ans. Psychopathie caractérielle - délire de transformation sexuelle avec réaction paranoïaque. 3 cures: 1959 - 6 jours - 8 E.C. - confusion, dépendance régressive. 1961 - 7 jours - 112 cc - détente, docilité. 1962 - 7 jours - 121 cc - prise de conscience. Evolution : amélioration par paliers de la relation psychothérapique.

Obs. 31. Homme - 20 ans. Structure paranoïaque - délire de persécution. Cloettal 7 jours - 166 cc. Post cure : dépendance - prise de conscience. Evolution : stabilisation par Sakel - échec psychothérapique.

Obs. 32. Homme - 50 ans. Structure obsessionnelle - délire hypocondriaque de transformation corporelle. Cloettal 7 jours - 108 cc. Post cure : détente. Evolution : amélioration temporaire de la relation.

Obs. 33. Femme - 32 ans. Structure paranoïaque - délire érotomaniaque. Cloettal 4 jours - 6 E.C. Post cure : confusion. Evolution : prise de conscience - critique du délire - psychothérapie.

Obs. 34. Femme - 37 ans. Bouffée délirante postpuerpérale - échec des E.C. Cure de cloettal - 7 jours - 120 cc. Post cure : crise onirique - 2 E.C. - guérison de l'accès.

Obs. 35. Homme - 32 ans. Paranoia sensitive - accès délirant hallucinatoire. Cloettal 7 jours - 63 cc - 4 E.C. Evolution : guérison de l'accès, consolidée par insulinothérapie.

Obs. 36. Femme - 42 ans. Schizophrénie - délire érotomaniaque avec agitation. 2 cures de cloettal pour 2 accès séparés. Evolution : plus calme mais persistance du délire.

Obs. 37. Femme - 45 ans. Paranoia - délire chronique de relation. Cloettal 68 cc - 2 E.C. Evolution : amélioration consolidée par insulinothérapie.

Obs. 38. Femme - 38 ans. Paranoia sensitive - délire de persécution. Cloettal 135 cc - 10 E.C. Post cure : dysphorie (dépression). Evolution : prise de conscience - psychothérapie.

Obs. 39. Homme - 45 ans. Paranoia - délire de persécution - agitation - opposition. Cloettal 116 cc. Evolution : pas de changement.

Obs. 40. Femme - 32 ans. Caractère hystérique - bouffée délirante interprétative. Cloettal 29 cc - 3 jours. Evolution: disparition de l'anxiété et du délire - consolidation.

Obs. 41. Homme - 24 ans. Structure obsessionnelle - réaction paranoïaque - délire d'interprétation - agressivité. Cloettal 4 jours - 54 cc. Post cure : dépression hypocondriaque. Evolution : prise de conscience - critique du délire - consolidation par insulinothérapie.

Récapitulation

30 cures ont été pratiquées pour 24 malades délirants, toujours à l'occasion d'un accès aigu ou de troubles graves du comportement.

Dans un grand nombre de ces cas (⅓ environ), la cure n'a pas été acceptée ; elle a alors été facilitée par des Electrochocs.

Résultats : 9 guérisons, c'est-à-dire disparition durable des idées délirantes, consolidation éventuelle par insulinothérapie, réadaptation sociale satisfaisante contrôlée après 3 à 5 ans, avec ou sans psychothérapie.

14 améliorations, critique plus ou moins complète des idées délirantes, acceptation d'une cure biologique, amélioration du contact social et de la relation psychothérapique.

2 échecs, retour sans aggravation à l'état délirant initial, parfois après une courte amélioration qui n'a pu être utilisée.

Remarques : Il y a parfois intérêt à répéter les cures chez un même malade (observation N° 30). On peut alors remarquer une amélioration par paliers successifs.

Il est intéressant de noter le caractère particulier des *post cures* chez les malades délirants : elles sont de 2 types :

a) crise d'angoisse diffuse ou hypocondriaque, somatisation des symptômes ;

b) crise délirante onirique floue et labile.

Qu'elle que soit cette post cure, que son expression soit somatique ou imaginative, elle se remanie pendant les 4 jours qui suivent le réveil, par le retour aux manifestations névrotiques qui ont précédé l'éclosion du délire.

* * *

Nous envisageons maintenant chaque forme clinique de délire dans ses particularités :

1. *Bouffées délirantes*

L'agitation et la déshydratation sont parfois si intenses que l'état somatique ne permet pas d'effectuer une cure de sommeil classique avec les neuroleptiques ; il est nécessaire de mettre le malade sous narcose pour pouvoir l'hydrater par perfusions.

Les résultats de la cure de Cloettal sont spectaculaires sur le plan des symptômes. L'agitation et le délire s'estompent tandis que paraissent les intenses conflits névrotiques et la structure dysphorique du sujet.

Observation N° 21

Délire mégalomaniaque

Fils de 24 ans d'un petit commerçant méticuleux et d'une mère phobique-castratrice, tous deux parfaitement conformistes et étroits dans toutes leurs dimensions.

Le malade, phobique et scrupuleux, respecte les tabous familiaux mais souffre d'un sentiment profond d'incomplétude et d'infériorité physique et sociale. D'humeur généralement dépressive, il organise sa vie méthodiquement, s'impose des règles strictes destinées à lui éviter toute surprise, toute émotion. Puis il s'isole, s'enferme pendant des mois dans des rêveries autistiques compensatrices, s'exalte progressivement et devient surhomme.

Le tableau clinique est celui d'un délire de transformation avec comportement maniaque — délire mobile, polymorphe, actif, avec interprétations et rationalisation — l'euphorie dissimule mal une peur intense et le sujet prétendant être médecin-chef refuse évidemment toute thérapeutique.

Cure de cloettal de 8 jours (87 cc). — Au réveil, le malade est envahi d'un sentiment de panique diffuse, on ne parvient pas à le rassurer bien qu'il accepte le maternage. Peu à peu, le 3e jour, il devient agressif, érotique et hypomaniaque, méfiant et opposant au point que nous appliquons 2 E.C. le 4e jour. Plus calme par la suite, il reconstruit identiques ses idées délirantes bien que paraissant y adhérer en plus faible proportion, le délire étant davantage intellectualisé.

Au cours de la cure de Sakel, disparition brutale au 12e coma, de tout symptôme psychotique, et retour à la névrose initiale. Puis stabilité, favorisée par la réussite professionnelle qui s'affirme encore 3 ans après sa sortie de clinique.

Conclusion : Seule thérapeutique possible en pratique, la cure de cloettal, sans atteindre le support du délire, a permis une réadaptation au monde réel, un contact humain et un traitement spécifique.

2. *Délires aigus*

La N.C.P. représente là une thérapeutique d'urgence qui calme le malade immédiatement, permet les soins somatiques qui s'imposent, surtout en ce qui concerne les équilibres hydro-électriques et les fonctions rénales.

3. *Délires paraphréniques*

Ces délires sont réputés justement pour leur tendance à la chronicité malgré les multiples essais de traitements biologiques.

Associée à l'électrochoc en série, la N.C.P. désagrège les structures délirantes, rétablit la primauté du réel en réduisant l'angoisse et le fond névrotique.

Il semble que chez les paraphrènes, la fonction délirante accapare ou dérive la majeure partie des investissements affectifs, rendant ainsi illusoire la création d'une relation de transfert avant la cure biologique.

Observation N° 20

Délire autistique - évolution paraphrénique.

Jeune homme de 20 ans dont l'enfance, après la mort du père se résume à la fixation à la mère anxieusement possessive sous forme d'une symbiose qui jusqu'à 16 ans a paru confortable. Par la suite le sujet s'enferme dans un univers autistique, crée une atmosphère cosmique sans durée ni espace mais se substituant au monde et semble-t-il au sujet lui-même, et permettant avec autrui un mode de relation artificiel dénué de toute affectivité.

Ne peuvent avoir conscience de ce délire que ceux qui tentent une approche plus qu'apparente, car en effet, le sujet est parfaitement adapté au groupe social que représente la clinique, grâce à des automatismes éducatifs bien établis, bien identiques à ceux du milieu familial, et grâce aussi à une activité organisée de l'extérieur.

Deux cures de Sakel n'ont pas véritablement modifié la situation qui tend à stagner, recouverte par des épisodes dysphoriques ou agressifs. Et, après 2 ans de relation psychothérapique, on ne peut pas dire que le système ait été ébranlé, ni qu'un échange soit perceptible. L'absence de la sensation d'angoisse, l'équilibre obtenu grâce au délire et la bonne apparence sociale, tout cela fait redouter l'installation dans la chronicité de la paraphrénie.

La cure de cloettal est pratiquement la seule thérapeutique possible. Car, en effet, on ne peut attendre aucune collaboration du malade, et ce n'est qu'en l'inscrivant dans le cadre du délire, comme le serait un pion sur l'échiquier magique, que l'épisode du sommeil peut être enclenché avec la méthode habituelle. L'endormissement ainsi accepté après un long dialogue schizophasique, il nous paraît évident qu'un retour à la vigilance entraînerait une opposition identique à celle qui venait d'être dissoute, c'est pourquoi des Electrochocs ont été pratiqués, à la fois pour obtenir une dissolution rapide de la conscience et un remaniement profond du tableau clinique. Pendant un sommeil régulier de 5 jours, 7 E.C. sont alors appliqués.

Le réveil est rapide et les 2 jours suivants le sujet semble tout envahi d'une angoisse très primitive, profonde, qu'il ne parvient pas à exprimer si ce n'est par son regard perdu et tragique que nous interprétons comme le sentiment diffus d'un vide objectal. Puis on se trouve devant un jeune homme puéril, érotique et parfois agressif, tout imprégné d'un délire polymorphe par lequel il tente vainement de se situer dans un monde qui lui apparaîtrait pour la première fois, recherchant avec une anxiété intensément pathétique une relation primaire.

Ainsi le malade, brusquement privé de son univers cosmique substitutif, était-il contraint pour fuir l'impossible solitude, de diriger dans l'immédiat ses investissements sur d'imaginaires constructions désordonnées, en pratique un délire flou et mobile succédait à une organisation artificielle stable, ce résultat pouvait paraître négatif si l'insatisfaction nouvellement ressentie comme angoissante n'avait permis un appel d'aide extérieure et une relation psychothérapique plus valable car affectivement aménagée.

Dans cette observation, on peut dire que la cure de cloettal a eu pour effet, en désinvestissant les artifices, de replacer le sujet dans la recherche primitive de l'objet. Par la suite, en effet, il accusait le thérapeute d'avoir détruit son monde imaginaire confortable et de l'avoir précipité dans la terrible réalité.

Observation N° 19 : délire de Cotard

Mélancolie délirante chronique avec délire de Cotard et évolution paraphrénique.

Depuis 6 ans, cet homme de 50 ans, d'intelligence remarquable, est envahi d'un délire de possession diabolique qui s'accompagne de cenesthopathies sexuelles et d'un sentiment d'influence. Ainsi tourmenté dramatiquement, n'ayant plus un moment d'apaisement, il se déprime progressivement et ne cache pas son désir de mourir. Son délire évolue peu à peu vers un syndrome de Cotard et une anxiété mélancolique intense.

Les traitements institués n'ont eu aucun résultat : neuroleptiques, cure de sommeil, cure de détente, L.S.D. 25, Electrochocs.

Malgré l'existence d'une fibrillation auriculaire paroxystique, on propose une narcose prolongée qui est acceptée d'emblée dans l'espoir d'un anéantissement.

La cure dure 7 jours dans de bonnes conditions, on y adjoint 12 Electrochocs.

Au réveil, le malade apparaît déprimé et hypocondriaque pendant 10 à 15 jours. Puis lentement il reprend courage, fait des projets d'avenir, envisage sa réadaptation sociale et sa sortie de clinique.

L'amélioration s'est stabilisée rapidement et depuis 5 ans le sujet a repris son occupation d'une manière très satisfaisante.

4. *Délires des paranoïaques*

a) *Délires systématisés et anciens* (persécution, empoisonnement)

Nous avons obtenu des rémissions passagères avec disparition temporaire pendant un mois ou deux des idées délirantes. Ce résultat, bien que partiel, a été obtenu à l'occasion d'une poussée d'anxiété qui rendait l'intervention nécessaire.

Observation N° 28 : délirante de 62 ans, internée depuis 25 ans, qui refuse de s'alimenter et de boire, s'oppose à toute intervention médicale avec une obstination farouche et commence à se déshydrater. La cure de cloettal bien supportée permet un renouveau social, une réalimentation satisfaisante, une disparition pendant 2 mois de tous symptômes délirants suivie de leur retour progressif mais plus modéré.

b) *Etats délirants plus récents apparaissant chez des sujets de structure paranoïaque*

La cure est généralement décidée à l'occasion de troubles graves du comportement. Elle est difficile à faire accepter au malade méfiant qui a déjà refusé tout traitement ou n'a pu achever une cure de sommeil par neuroleptiques. Le résultat en est temporaire, le malade acceptant généralement une psychothérapie pour la repousser après quelques semaines. C'est pourquoi il est habituellement nécessaire de faire suivre la narcose prolongée d'une cure biologique par l'insuline type cure de Sakel ou série de chocs humides, dans le but de prolonger la disponibilité du malade et de permettre un transfert psychothérapique.

Signalons que la post cure, chez ces malades, est souvent caractérisée par une réapparition paroxystique des phénomènes délirants qui fondent après 1 ou 2 Electrochocs ou même spontanément 4 ou 5 jours après le réveil. Les jours suivants, le malade est angoissé, déprimé puis se détend progressivement et c'est à cette période qu'une psychothérapie intensive est indiquée.

Sur 14 cas de ce type, nous enregistrons 2 échecs (pas de changement).

10 améliorations temporaires suivies de rupture de la relation psychothérapique.

2 résultats positifs durables qui concernent des paranoias sensitives de type Kretschmer.

Observation N° 25
Délire de persécution chez un paranoiaque

Interné depuis 2 ans à l'âge de 39 ans, ce malade se sent persécuté par le clergé et craint d'être empoisonné, se montre méfiant et revendicateur, refuse tout contact médical surtout depuis l'échec d'une longue cure de Largactil et d'une série d'Electrochocs. Après une cure de cloettal de 6 jours, il apparaît docile mais déprimé. Quatre jours après l'arrêt de la cure : bouffée anxieuse importante, peur de mourir, demande les sacrements car persuadé d'être atteint d'une maladie grave. Une fois cette crise apaisée grâce à un Electrochoc, il semble relativement détendu, ne délire plus, prend conscience du caractère morbide de ses idées de persécution et accepte de faire une cure d'insuline, qu'il effectue pendant 2 mois.

Puis réapparaissent les idées délirantes et les troubles du comportement à l'occasion de la phase d'activation de la cure de Sakel. Avant qu'un réel contact psychothérapique ait pu être obtenu, la famille exige le départ du malade.

Donc, amélioration temporaire par la narcose prolongée ; disparition du délire pendant 2 mois et possibilité de cure de Sakel.

c) *Délires passionnels de structure paranoiaque*

Nos observations concernent des délires érotomaniaques et des délires de jalousie avec projections délirantes marquées et interprétations. Humeur dysphorique avec tendances à l'excitation hypomaniaque et à l'agressivité.

Les résultats ont été nettement positifs dans 3 cas sur 4. L'un est spectaculaire (observation N° 17), le 4e ne fut que partiel mais durable et suivi de psychothérapie.

(Nous étudierons ultérieurement la psychopathologie des états passionnels à l'occasion du traitement des réactions aiguës à des situations conflictuelles.)

Observation N° 17

Délire érotomaniaque

Tout semblait dans l'enfance de Mme O*** destiné à inspirer un délire érotomaniaque, aussi bien l'abandon affectif du père, l'ambiance angoissante d'une famille de psychopathes, la rivalité avec la sœur, l'éveil sexuel précoce sanctionné par une agression génitale, puis les échecs de la vie conjugale. Le fait est que l'angoisse narcissique apparaît dès la petite enfance avec des terreurs nocturnes, des manifestations hystériformes et un comportement érotique.

Mme O*** entre à la clinique en 1959 pour un délire érotomaniaque typique qui dure depuis deux ans, dans lequel elle prétend être l'épouse du voisin, avoir de lui des enfants, se montre jalouse de ses relations et va chez lui faire du scandale, expliquant en outre ses dénégations comme une mise à l'épreuve de son amour et de sa constance.

Elle subit une cure de cloettal de 7 jours (70 cc et 10 E.C.) dont elle sort très régressée, puérile et docile, extrêmement sensible au maternage qui permet d'établir des relations affectives durables avec le personnel féminin, et d'évoluer peu à peu vers une meilleure maturité, puis de critiquer le délire. Le soutien psychothérapique qui a suivi la cure a permis un renforcement des défenses contre l'angoissante solitude où elle se trouvait.

Revue après 4 ans, elle ne délire pas et est parfaitement réadaptée à la vie sociale.

On ne saurait prétendre guérir la démence précoce en endormant le malade pendant une semaine.

Ici la narcose continue prolongée représente en vérité un traitement symptomatique d'urgence imposé par une situation critique devant laquelle on est souvent désarmé.

Ce sont par exemple :

Des crises d'agitation catatonique avec agressivité diffuse empêchant d'approcher le malade. Ou un négativisme farouche avec refus d'aliments obligeant à une alimentation artificielle. Ou encore des impulsions au suicide, incontrôlables et imprévisibles surtout lors des épisodes anxieux.

Les accès délirants aigus avec troubles graves du comportement, incohérence, refus de soins.

La narcose permet de réduire tous ces accès paroxystiques si fréquents chez les hébephrènes et susceptibles de compromettre l'action psychothérapique dont on connaît la difficulté particulière.

Nous pouvons aussi affirmer que la narcose prolongée nous semble pouvoir favoriser la restructuration de ces malades, faciliter la réunification de leur personnalité et en tout cas améliorer nettement la relation psychothérapique.

Observations

Obs. 42. Homme - 30 ans. Schizophrénie simple - accès délirant - troubles graves du comportement. Cure de cloettal - 138 cc - 7 jours. Post cure : délire onirique. Evolution : meilleur contact et contrôle du comportement - psychothérapie analytique.

Obs. 43. Femme - 30 ans. Agitation catatonique - 2 accès. 2 cures avec E.C. - sédation de l'angoisse - amélioration de la relation - psychothérapie.

Obs. 44. Femme - 28 ans. Dissociation - dépersonnalisation - autisme. Cloettal 182 cc - 11 jours. Sédation de l'angoisse - meilleur contact psychothérapique.

Obs. 46. Homme - 25 ans. Agitation catatonique - agressivité - opposition. 2 cures de cloettal avec E.C. pour 2 accès différents. Amélioration sociale - accepte insuline et psychothérapie.

Obs 47. Femme - 25 ans. Agitation catatonique - catalepsie - négativisme. Cure 4 jours - 56 cc. Régression, infantilisme. Amélioration sociale, mobilisation, réadaptation.

Obs. 48. Homme - 27 ans. Délire flou, agitation, agressivité. 3 accès - 3 cures de 8 jours avec E.C. - meilleur contact - accepte insuline - stabilisation.

Obs. 49. Homme - 28 ans. Accès délirant aigu avec agitation. Cloettal 10 jours - 102 cc. Guérison de l'accès - psychothérapie prolongée.

Obs. 50. Femme - 24 ans. Agitation catatonique - autoagressivité. Cloettal 101 cc avec 8 E.C. Sédation de la crise - insulinothérapie - stabilisation.

Obs. 51. Homme - 25 ans. Délire polymorphe de type maniaque chez un hébephrène. Cloettal 5 jours - 67 cc. Sédation de l'angoisse - accepte cure de Sakel.

Obs. 52. Homme - 28 ans. Catatonie. Cure 6 jours - 74 cc. Amélioration modérée mais durable du contact social.

Obs. 53. Femme - 30 ans. Accès délirant hallucinatoire avec agitation. Cure 6 jours plus E.C. Plus calme - réapparition rapide des troubles - cure de Sakel.

Obs. 54. Homme - 30 ans. Délire interprétatif avec hallucination olfacto-gustatives. Cure de cloettal avec E.C. Amélioration - cure d'insuline - accès d'agitation au cours de la cure de Sakel. 2e cure de cloettal avec E.C. Post cure : délire onirique polymorphe pendant 4 jours. Evolution : amélioration progressive.

Obs. 55. Homme - 24 ans. Schizophrénie simple - accès anxieux avec agitation. Cloettal - 130 cc. Sédation de l'accès - amélioration modérée mais durable.

Obs. 56. Femme - 32 ans. Caractère hystérique - hébephrénie - agitation. Cloettal 7 jours. Sédation de l'angoisse - amélioration du contact - socialisation.

Obs. 57. Femme - 22 ans. Catatonie - 2 accès délirants : Cloettal 126 cc - 8 E.C. - réveil détendu. Cloettal 68 cc - 3 cardiazol-chocs - réveil agité. Evolution : amélioration temporaire.

Obs. 58. Femme - 24 ans. Accès de négativisme - catatonie - délire. Cloettal 103 cc - 8 E.C. Post cure : calme - déprimée - anxieuse 4 jours. Evolution : amélioration brusque - contact social et psychothérapie - retrouve structure névrotique hystéro-phobique.

Récapitulation

22 cures ont été pratiquées dont 13 avec électrochocs, 1 avec cardiazol-chocs.

16 malades ont été traités à l'occasion d'un accès aigu qui rendait toute autre thérapeutique très difficile à appliquer.

3 guérisons : par psychothérapie prolongée, disparition des symptômes psychotiques, réadaptation sociale satisfaisante.

12 améliorations : sédation de l'accès anxieux et de l'agitation, amélioration du contact social et de l'activité, amélioration de la relation psychothérapique, acceptation éventuelle d'une autre cure biologique mais résultat parfois temporaire (2 à 4 mois).

1 échec : pas de changement notable.

Remarques

Avec une particulière fréquence, la post cure donne lieu à une crise oniroïde floue et labile, qui se dissipe spontanément vers le 4e jour après la fin de la cure.

Nous isolons les 2 observations les plus éloquentes.

Observation N° 49

Depuis plus de 1 an, ce jeune homme de 28 ans exprime avec perplexité des idées délirantes mal affirmées d'influence, des impressions mystiques. Récemment le délire est devenu de plus en plus actif et le comportement gravement troublé. Insomnie totale, incohérence de geste et de langage, attitudes extatiques, bizarreries multiples, hallucinations auditives et visuelles.

La confusion s'accroît puis le refus d'aliments et de boissons entraînant déshydratation, fièvre avec stomatite, subictère, hyperleucocytose, albuminerie, mais urée sanguine non augmentée. Tout traitement sédatif reste inefficace.

La cure de cloettal est parfaitement supportée, le sommeil est calme pendant 6 jours. Au réveil, reprise en quelques heures d'une lucidité parfaite. Le malade croit sortir d'un long cauchemar et critique ses idées délirantes.

Il se stabilise de manière satisfaisante, noue avec son thérapeute une relation transférentielle et se réadapte à la vie sociale.

Revu après 2 ans, les troubles psychotiques n'ont pas reparu, il poursuit sa psychothérapie et mène une vie normale.

Observation N° 58

Jeune fille de 24 ans ayant déjà présenté 5 ans auparavant un accès catatonique amélioré par une cure de Sakel. Depuis, la reprise de la vie sociale est restée difficile et la malade reste repliée sur elle-même, isolée, peu active, obsédée, phobique, ambivalente, interprétante.

Les troubles psychotiques s'accentuent progressivement jusqu'à un état catatonique avec délire de persécution et d'empoisonnement, interprétations, dépersonnalisation, troubles du cours de la pensée.

2 cures de sommeil discontinues ne font qu'aggraver les troubles : autisme, négativisme, refus d'alimentation et de tout traitement, attitudes cataleptiques.

La cure de cloettal dure 8 jours, avec 103 cc et 8 Electrochocs. Au réveil, la malade est calme mais déprimée et anxieuse pendant 4 jours. Puis s'opère un changement brutal et elle devient souriante, détendue et docile, prend peu à peu contact avec l'entourage, s'intéresse à divers travaux, etc.

La relation psychothérapique satisfaisante facilite sa stabilisation et la prise de conscience de l'état névrotique de base.

Revue après 2 ans, son état s'est encore amélioré, elle poursuit sa psychothérapie.

IV. SCHIZOPHRÉNIES ÉVOLUANT VERS LA CHRONICITÉ

Nous possédons peu d'observations de narcose prolongée dans les schizophrénies confirmées.

2 causes occasionnelles en ont fourni l'indication : soit un accès d'agitation, soit le désir du thérapeute de modifier une situation stagnante, s'installant dans la chronicité et ne donnant aucune prise aux thérapeutiques.

Dans l'ensemble, les résultats sont restés partiels et temporaires.

Observations

Obs. 59. Femme - 28 ans. Schizophrénie catatonique - agitation. Cloettal 6 jours - E.C. Plus calme - possibilité d'une cure de Sakel.

Obs. 60. Femme - 26 ans. Schizophrénie paranoide - accès délirant et agitation. Cure 6 jours - régression temporaire. Réapparition rapide du délire - pas de changement.

Obs. 61. Femme - 50 ans. Schizophrénie paranoide - accès hallucinatoire avec agressivité. 2 cures pour 2 accès avec E.C. Amélioration pendant 2 mois environ.

Obs. 62. Homme - 55 ans. Schizophrénie catatonique chronique - agitation anxieuse. 2 cures pour 2 accès avec E.C. Amélioration temporaire du contact social.

Obs. 63. Homme - 50 ans. Schizophrénie paranoide - agitation - opposition. Cloettal 64 cc - 3 jours. Plus calme temporairement - amélioration sociale.

Obs. 64. Homme - 45 ans. Schizophrénie catatonique chronique - accès maniaque. Cloettal 93 cc. Sédation de l'accès maniaque.

Obs. 65. Homme - 37 ans. Schizophrénie paranoide chronique avec détérioration. 2 cures en vue de mobiliser la situation - 146 cc + 6 E.C. et 135 cc + 8 E.C. Pas de changement.

Obs. 66. Homme - 45 ans. Schizophrénie paranoide - accès d'agitation. Cloettal 68 cc + 6 E.C. Sédation de l'accès - cure de Sakel.

Obs. 67. Homme - 40 ans. Schizophrénie catatonique chronique - détérioration - inertie. Cloettal 40 cc - 3 jours - réveil calme. Amélioration du contact pendant 2 mois environ.

Récapitulation

12 cures ont été pratiquées ;
9 malades traités ;
7 ont été partiellement et temporairement améliorés - sédation de l'accès anxieux - amélioration du contact social et de l'activité mais échec de la relation psychothérapique ;
2 malades ont retrouvé très rapidement leurs symptômes schizophréniques.

A noter l'absence chez ces malades chroniques de tout épisode critique de la post cure, donc pas de mobilisation de l'angoisse.

V. ETATS MANIAQUES

On pourrait croire, après l'avènement de puissants neuroleptiques, que la narcose continue prolongée ne s'impose plus comme autrefois dans les états maniaques.

Certes, dans de très nombreux cas, l'agitation maniaque peut être réduite par des injections répétées de Largactil ou d'Haloperidol.

Pourtant malgré l'usage de ces neuroleptiques, nous observons des états maniaques dont l'agitation reste importante et irréductible, ou réci-

dive dès que l'on diminue les doses. Et parfois la quantité de neuroleptique nécessaire est si considérable que le traitement ne peut sans risque être longtemps poursuivi.

C'est pourquoi la narcose prolongée s'impose parfois, et surtout lorsque l'agitation, l'agressivité et l'opposition qui ne manquent pas dans le tableau clinique rendent inapplicable toute autre thérapeutique ou font courir au malade le risque d'aggraver son état somatique et sa déshydratation.

Donc 3 indications majeures: manie irréductible, manie aiguë, manie furieuse.

Nous épargnerons au lecteur la liste de nos observations car elle ne montrerait qu'une grande similitude du déroulement de chaque cure.

Mais il nous faut insister sur la grande fréquence (40 % environ) des troubles caractériels chez les malades que nous avons traités par narcose: névroses de caractère, structure paranoïaque, états psychopatiques.

D'autre part, dans 50 % des cas, il existait des antécédents cycliques manifestes de psychose maniaco-dépressive.

Récapitulation

30 cures ont été pratiquées dont 16 avec électrochocs ;
26 malades traités pour état maniaque aigu — 6 cas récents avaient déjà reçu sans succès de fortes doses de neuroleptiques;
22 guérisons : disparition de l'agitation maniaque, stabilisation de l'humeur ;
5 améliorations : persistance d'un certain degré d'hypomanie ou d'un état mixte ;
2 échecs : persistance de l'état maniaque.

Remarques

Deux tiers des cures ont été pratiquées avant que nous connaissions l'haloperidol. Mais certains cas récents n'ont pas été réduits malgré l'emploi de ce neuroleptique.

L'endormissement a souvent été facilité par un Electrochoc. Le déroulement de la cure et les circonstances du réveil ne sont pas nettement différents dans les cures avec Electrochocs mais les doses de cloettal sont moins importantes.

Pendant la cure, une certaine agitation persiste souvent pendant le sommeil et à distance des instillations de cloettal.

Le réveil est de 2 types (post cure) :

a) agitation maniaque qui persiste 2 à 4 jours et disparaît spontanément ou sous l'influence d'un neuroleptique : Largactil ou Haloperidol.

b) état dysphorique avec tendances dépressives, instabilité de l'humeur qui réagit favorablement aux traitements habituels.

Il est remarquable que des états d'agitation maniaque qui ont résisté aux traitements neuroleptiques intensifs avant la cure y deviennent sensibles par la narcose prolongée.

Les cas d'hypomanie résiduelle d'après-cure ont ainsi guéri grâce à des doses modérées de Largactil ou d'Haloperidol.

Le résultat définitif de la narcose ne s'installe réellement qu'après 2 ou 3 semaines, succédant à une phase dysphorique.

Dans l'ensemble, il y a avantage à faire suivre la narcose prolongée d'un traitement neuroleptique systématique, dès le réveil, afin de faciliter la post cure et d'éviter les réactions hypomaniaques.

Nous n'avons pas observé de mutation importante des symptômes, c'est-à-dire pas d'état mélancolique après la cure.

VI. ETATS MÉLANCOLIQUES

L'efficacité remarquable de la narcose prolongée sur la régulation thymique dans les états maniaques fait présager son action dans les psychoses maniaco-dépressives et plus spécialement dans les états mélancoliques.

Mais, étant donné les possibilités actuelles des autres thérapeutiques, la narcose n'aura que des indications assez particulières.

Indications : Tentatives de suicide répétées, agitation anxieuse, prostration, refus de soins, idées de persécution, troubles caractériels associés rendant difficiles l'action thérapeutique, contre-indications ou inefficacité des autres traitements.

Nous soulignons parmi nos observations la fréquence importante des troubles caractériels sous jacents à l'état mélancolique.

La cure ne nécessite pas l'application d'Electrochocs.

La post cure est caractérisée par un état confusionnel dans $\frac{2}{3}$ des cas et pendant 3 à 4 jours, suivie d'une stabilisation progressive de l'humeur. Parfois euphorie labile, anxiété, hypocondrie.

Evolution : une tendance dépressive peut persister pendant 15 jours à 3 semaines qui, fait remarquable, est devenue sensible aux antidépressifs et à la rigueur à 1 ou 2 Electrochocs. La dépression est alors de caractère névrotique, et peut être abordée sur le plan psychothérapique.

Bilan de nos observations :

14 cures (dont 6 chez des malades de plus de 55 ans, 1 chez un diabétique, 2 chez des hypertendus) ; 9 guérisons de l'accès mélancolique ; 4 améliorations, la guérison étant obtenue par un traitement complémentaire ; 1 échec : le malade reste déprimé.

En résumé, l'intérêt de la narcose continue prolongée est surtout

— de mettre d'urgence la malade en sécurité ;

— d'apaiser son angoisse et de régulariser son humeur ;

— de rendre possible la création d'une relation psychothérapique.

VII. ETATS NÉVROTIQUES

En ce qui concerne les états névrotiques, la narcose prolongée s'adresse essentiellement aux paroxysmes évolutifs liés à une poussée d'angoisse.

L'occasion de ce paroxysme peut être un événement extérieur, un traumatisme, un conflit plus aigu ou une situation d'abandon affectif.

La conséquence est la décompensation de l'organisation névrotique par la rupture des contrôles défensifs ; le sujet est envahi par l'angoisse, et son comportement est gravement troublé.

Mais dans d'autres cas, le malade peut se trouver enfermé dans son système défensif comme dans un « cercle vicieux » ou une impasse dont aucune issue n'est discernable et que le traitement psychothérapique ne parvient pas à rompre ni à résoudre.

En tout cas, qu'il s'agisse d'une impasse névrotique au cours de la psychothérapie ou d'une aggravation brutale de la névrose faisant craindre une évolution psychotique, la narcose continue prolongée permet la sédation de l'angoisse, la restructure et la réorganisation des défenses dans le cadre d'une relation transférentielle remaniée.

Nous avons recueilli 34 observations de névroses ayant nécessité une narcose prolongée et groupé les indications similaires.

1. *Crises d'agitation hystériques*

Indication : Crise d'anxiété avec agitation, agressivité, impulsivité, troubles graves du comportement, refus de médicaments.

Echec de l'action psychothérapique, hostilité, intolérance à toute frustration.

Cas traités par narcoses : 11.

10 guérisons de l'accès suivies d'une amélioration très nette du contact social et psychothérapique, d'une sédation de l'angoisse. En général, il y a scotomisation des troubles antérieurs à la cure.

1 amélioration, qui fut suivie de psychothérapie.

2. *Névroses obsessionnelles et névroses phobiques*

Indications : Accès dépressifs, anxieux ou délirants, agitation compulsive, troubles graves du comportement, évolution psychotique, échec de la psychothérapie et de toute cure biologique.

Enfermé dans un système défensif extrêmement rigide, le malade ne tolère aucun contact. La psychothérapie, réduite à une relation superficielle, peut ainsi s'éterniser sans éviter l'aggravation des symptômes. Le traitement médicamenteux est inefficace et mal toléré, de même que la cure de sommeil qui ne suffit pas à ébranler l'appareil de défense.

Résultats : 9 cas ont subi une narcose. Tous ces malades ont été nettement améliorés : sédation de l'anxiété, renouvellement du contact psychothérapique. Mais dans plusieurs cas, le système obsessionnel antérieur s'est rapidement restructuré. C'est pourquoi récemment nous avons fait suivre la narcose d'une cure de sommeil de 21 jours, réalisant ainsi une « cure couplée narcose-sommeil » (L. Carretier) qui permet de conduire le malade à une profonde régression.

Observations N° 3 : malade de 24 ans, entré en clinique pour état catatonique ayant débuté par des difficultés scolaires pendant 3 ans, les traitements biologiques (cures de sommeil, cure de Sakel) n'ont entraîné qu'une modification temporaire du comportement et une restructuration sur un mode obsessionnel. La narcose par Cloettal est réalisée après accord longuement négocié, puis suivie d'une cure de sommeil. Le sevrage brusque des médicaments provoque une violente crise de post-cure de type confuso-onirique au cours de laquelle le malade exprime son intention de sortir à tout prix de sa situation antérieure et demande à reprendre contact avec son psychothérapeute.

3. *Névroses anxieuses*

Indications : accès dépressif anxieux avec agitation et désir de suicide, impulsivité automutilatrice, accès dipsomaniaque ou toxicomaniaque, angoisse hypocondriaque aiguë. Etats réactionnels à des situations aiguës ou insolubles, névroses aiguës post-traumatiques.

Tous ces cas étant hors de portée de l'action psychothérapique, étant vécu avec un sentiment de solitude ou d'abandon.

La narcose continue prolongée permet une détente rapide, met le malade à l'abri de la catastrophe qu'il pressent, permet une nouvelle appréhension de la situation traumatisante à travers une relation de transfert psychothérapique dont la cure favorise l'induction.

Cas traités : 7. guérisons 6 c'est-à-dire sédation de l'angoisse, disparition des symptômes, psychothérapie.

1 amélioration, avec persistance d'une anxiété latente et difficulté de la relation psychothérapique.

4. *Névroses caractérielles, états psychopatiques*

Indications : accès d'agitation anxieuse chez les psychopathes, troubles graves du comportement avec agressivité, attitudes antisociales ou délictueuses, accès toxicomaniaques, crises d'agitation clastiques, tentatives de suicide.

Nombre de ces malades sont hostiles à toute action médicale et psychothérapique, se montrent ambivalents et méfiants ou surtout fuyants, insaisissables. D'autre part ils passent à l'acte facilement.

Cas traités par narcose prolongée : 7. Guérisons : 2 cas. C'est-à-dire : prise de conscience et critique des symptômes, évolution ultérieure avec psychothérapie.

Améliorations : 5. Sédation de l'épisode anxieux mais persistance des troubles caractériels, refus de psychothérapie.

Récapitulation

— En ce qui concerne le traitement des états névrotiques aigus par la narcose continue prolongée :

Diagnostic de base	Nombre de cas	Guérison	Amélioration
N. hystérique	11	10	1
N. obsessionnelle	9	0	9
N. anxieuse N. hypocondriaque	7	6	1
N. caractérielles psychopathies	7	2	5
Au total :	34	18	16

Remarques. — Nous n'avons pas constaté de résultat négatif après le traitement, ni surtout d'évolution vers une aggravation dans le sens de la psychose.

La post cure de la plupart de ces cas névrotiques ne comporte pas de phénomènes paroxystiques, mais plutôt une anxiété labile sans objet ou un état dysphorique peu durable. Il est rare d'observer une régression avec dépendance affective si ce n'est chez les hystériques.

Au total, dans les états névrotiques, la narcose continue prolongée nous paraît indiquée lorsque la maladie s'aggrave rapidement dans un paroxysme aigu qui déborde les possibilités psychothérapiques et ne peut être traité par des thérapies qui demandent habituellement la collaboration du sujet.

VIII. ETATS PASSIONNELS

Nous plaçons sous ce titre les paroxysmes réactionnels à des situations conflictuelles permanentes, paroxysmes soustendus par une exaltation psycho-affective considérable exclusivement dirigée vers l'objet investi.

Nous avons déjà étudié dans le chapitre consacré aux délires, les délires passionnels survenant sur une structure paranoïaque évidente et réalisant des constructions systématiques recouvrant l'état thymique.

Nous éprouvons ici la nécessité de regrouper les états passionnels sous une même rubrique psycho-névrotique.

La passion n'a pas sa place dans les traités de pathologie mentale, si ce n'est sous les formes exacerbées de crimes passionnels et de délires passionnels, encore est-il rare que la passion ayant entraîné le sujet jusqu'au crime fasse l'objet d'une étude psychiatrique et de mesures thérapeutiques, puisque le plus souvent la suppression du partenaire suffit à la guérison. C'est en effet la relation exclusive à l'objet qui caractérise l'état passionnel, avec la recherche de sa possession. Cette relation et les réactions du passionné, Lagache les a étudiées et décrites à plusieurs reprises, nous adhérons volontiers à son point de vue.

L'objet imaginé, lointain et frustrant est idéalisé et inspire un investissement massif qui polarise sur lui toute la personne, et cela dans la poursuite d'un but obstiné qui est la possession, l'incorporation de l'objet.

C'est à l'analyse profonde de révéler la signification de l'objet, car dans le cadre de notre travail il s'agit plutôt de préciser la morbidité éventuelle des états passionnels en tant qu'indications d'une narcose prolongée.

Il semble que cette morbidité associe 2 facteurs principaux : d'une part, une rationnalisation morbide et des interprétations évoquant une structure prédélirante ; d'autre part, l'excitation sensitivo-affective, l'agitation et l'exaltation thymique, l'anxiété et l'agressivité.

Ainsi s'expliquent d'ailleurs les rapprochements qui ont été faits entre les psychoses passionnelles et les autres psychoses, paranoïaque et maniaco-dépressive en particulier.

Il est probable que la cure agisse à la fois sur les deux facteurs morbides, en apaisant l'agitation anxieuse, en régularisant le fond thymique, comme c'est le cas dans les états maniaques, et en modifiant la relation à l'objet par un remaniement des investissements libidinaux et affectifs.

En outre, à la faveur de la dissolution de conscience s'opère la « décristallisation » de l'objet par la perte de son auréole imaginative ou sa dilution parmi les nouveaux apports relationnels de la période de reprise de conscience.

Observations

Obs. 173. Femme - 40 ans. Névrose de caractère, état d'agitation anxieuse intense, insomnie totale, dysphorie. Idées de jalousie avec interprétations, conflit affectif aigu. Cure de sommeil discontinue : pas d'amélioration. Narcose continue prolongée: 5 jours. Post cure: crise anxieuse. Evolution : détente affective, prise de conscience, critique des idées de jalousie, guérison.

Obs. 170. Homme - 35 ans. Névrose caractérielle, exaltation passionnelle, agitation, troubles graves du comportement, conflit conjugal dans une ambiance familiale tendue. Cure de sommeil irréalisable, ne dort pas,

puis refuse tout médicament. Cure de cloettal : 7 jours. Post cure : dysphorie, anxiété diffuse. Evolution : stabilisation de l'état thymique, prise de conscience de son attitude passionnelle, guérison des troubles, étude des conflits.

Obs. 171. Femme - 38 ans. Exaltation thymique importante, troubles du comportement, tendances interprétatives. Conflit conjugal aigu, incidences professionnelles et surtout religieuses. Echec d'une cure de Largactil pendant 8 jours. Narcose continue prolongée : 6 jours. Post cure : agitation dysphorique, labilité de l'humeur, angoisse diffuse - 1 E.C. Evolution : stabilisation complète - réadaptation sociale rapide, mais scotomise ses troubles antérieurs, accepte pourtant une psychothérapie.

Obs. 172. Femme - 30 ans. Etat d'exaltation dysphorique avec agressivité en réaction à un conflit affectif. Agitation, menaces de suicide, accès oniriques hallucinatoires. Cure de sommeil discontinue qui déclenche un accès délirant avec onirisme. Narcose continue prolongée : 6 jours. Post cure : agitation anxieuse avec onirisme qui disparaît spontanément le 3e jour. Evolution : prise de conscience brutale, corrige parfaitement ses troubles, calme, syntone.

Obs. 174. Homme - 28 ans. Exaltation amoureuse passionnelle, idées délirantes de préjudice et de persécution, interprétations, agitation anxieuse avec dysphorie. Narcose prolongée : 6 jours. Post cure : angoisse hypocondriaque - somatisation. Evolution : prise de conscience - psychothérapie - stabilisation rapide - guérison.

Récapitulation

— Dans ces 5 cas étudiés :
— L'endormissement a été difficilement accepté.
— La post cure marquée par une agitation anxieuse qui s'est apaisée spontanément et a été suivie d'une brusque prise de conscience de l'état passionnel antérieur.

Résultat : 5 guérisons.

Il convient de remarquer que nous n'avons traité par narcose prolongée que ces cinq cas entre 1954 et 1963. Or, entre 1946 et 1954, 13 états passionnels avaient été traités.

Nous pensons que cette différence s'explique surtout par l'efficacité fréquente des traitements neuroleptiques sur les états passionnels, surtout au début de la phase d'exaltation thymique où le malade a tendance à prendre lui-même des tranquillisants et des hypnotiques.

En tout cas la cure de sommeil discontinue, même avec de fortes doses de neuroleptiques semble difficile à réaliser et peu efficace.

Nous tenons à rapprocher nos résultats de ceux obtenus par Charles Durand qui publiait en 1954 à propos des narcoses prolongées 13 guérisons pour 13 cas d'états passionnels.

C'est dire la constance des succès thérapeutiques pour cette indication.

IX. TOXICOMANIES

Nous apportons une importante contribution à l'étude des toxicomanies avec 40 cures de sevrage pour intoxication par les stupéfiants.

Chacun sait les difficultés particulières de ce genre de cure pour les raisons suivantes :

— Les troubles caractériels du toxicomane, l'orientation toxicophile de sa personnalité.

— Son attachement au toxique aussi bien somatique que psychique et la valorisation de la drogue en tant qu'objet investi.

La désintoxication est toujours une souffrance et une frustration. Rares en réalité sont les patients qui s'y soumettent volontairement; c'est plutôt sous l'effet d'une pression extérieure qu'ils viennent en clinique, et cela explique qu'un malade qui paraît coopérant va manifester bientôt une résistance violente. Il en résulte que les méthodes de sevrage qui altèrent la vigilance du malade, diminuent ses capacités de contrôle et de défense, libèrent une forte révolte avec agitation (favorisée aussi par les perturbations somatiques du sevrage) et aboutissent souvent à un échec.

Certes, il y a toujours avantage à utiliser le désir de désintoxication et à valoriser l'effort personnel du malade en lui permettant d'être le principal promoteur de son traitement, et c'est en cas d'échec du sevrage volontaire que la narcose continue prolongée est particulièrement indiquée.

Grâce à la narcose, le sevrage se fait en 2 à 3 jours « sous anesthésie » ce qui évite les complications somato-psychiques de l'état de manque et favorise nettement les possibilités psychothérapiques ultérieures. Car en effet, c'est aussi à l'anxiété et aux ressorts de la toxicophilie que la narcose apporte un apaisement.

Voici la synthèse des résultats de nos observations (40 cures).

Age moyen : 40 ans.

Etat physique souvent très altéré : troubles digestifs : anorexie, constipation opiniâtre, amaigrissement, infections latentes pulmonaire, abcès, insuffisance hépatique favorisée par l'alcoolisme surajouté.

Etat neuropsychique : excitabilité diffuse, irritabilité et agressivité, anxiété, dépression fréquente, troubles psychopathiques (⅓ des cas), névrose sous-jacente (¼ des cas).

Toxique en cause: Morphine le plus souvent, héroïne IM ou IV, Dolosal, Palfium, Amphétamine. Fréquence des associations : barbituriques, alcool.

Déroulement de la cure : Le sommeil est généralement facile à obtenir, l'agitation éventuelle des 2 premiers jours disparaît avec une dose minime

du toxique. Les Electrochocs sont très rarement nécessaires (2 cures sur 40).

Les complications somatiques de la narcothérapie sont plus fréquentes que dans les autres indications : troubles digestifs surtout : crise diarrhéique du 4e jour (dans la moitié des cas), hémorragie intestinale : 2 cas, hematemèse : 2 cas, troubles cardiovasculaires : arythmies, hypotension (1 cas dû au Palfium chez un cardiaque de 70 ans).

Post cure : les symptômes sont variables et semblent plus en rapport avec la structure caractérielle du sujet qu'avec le manque de drogue. Il y a souvent une phase anxieuse de 2 ou 3 jours avec dépression ou agressivité, qui est sensible aux neuroleptiques.

Evolution : une certaine euphorie succède presque toujours à la post cure. Il est rare que le sujet réclame sa drogue auquel cas il se trouve soulagé avec un sédatif banal.

L'avenir de la désintoxication dépend de la structure caractérielle ou névrotique du malade et de la relation psychothérapique qu'il aura engagée à l'occasion de la cure.

Résultats : Sur 40 cures, nous avons obtenu : 6 guérisons : acceptation d'une psychothérapie prolongée après prise de conscience du terrain toxicophile. Pas de récidive après plusieurs années.

14 améliorations : acceptation d'une psychothérapie limitée, après le sevrage et d'un essai de réadaptation sociale et professionnelle sous contrôle médical. Mais incertitude du pronostic lointain.

19 sevrages simples avec refus de psychothérapie.

1 échec : récidive immédiate.

Donc l'opposition est nette, entre la relative facilité du sevrage et la difficulté d'établir avec le toxicomane une relation psychothérapique, bien que celle-ci nous semble favoriseé par la narcose prolongée.

Observation d'une femme de 53 ans, intoxiquée par la Morphine depuis une vingtaine d'années. Echec des sevrages progressifs. Echec de la cure de sommeil : agitation confuso-onirique, régression vécue avec angoisse. Narcose continue par le Cloettal - 5 jours. Réveil facile, disparition de l'état de besoin, courte psychothérapie de réorganisation et de soutien. Guérison, pas de récidive depuis 12 ans.

X. AUTRES INDICATIONS PLUS RARES

Ce sont des crises d'agitation atypiques dont 3 cas ont été apaisés très rapidement.

Des anorexies mentales psychotiques dont 2 ont été améliorées : atténuation de l'agitation anxieuse, prise de conscience des anomalies du schéma corporel, acceptation d'une cure de Sakel, meilleur contact psychothérapique. Une autre malade n'a pas été améliorée.

* * *

BILAN GENERAL DES RESULTATS DES NARCOSES CONTINUES PROLONGÉES DE 1954 à 1963 A LA CLINIQUE DES RIVES DE PRANGINS

Etats prépsychotiques :	16 cas
	8 guérisons après psychothérapie
	8 améliorations : Evolution névrotique
Etats délirants :	30 cures
	9 guérisons après consolidation ou psychothérapie
	19 améliorations
	2 échecs
Hebephrénie :	22 cures
(épisodes anxieux)	3 guérisons après psychothérapie prolongée
	18 améliorations
	1 échec
Schizophrénie :	12 cures
(accès aigus)	9 améliorations (contact, activité)
	3 échecs : sans changement
Manies:	30 cures dont 16 avec électrochocs
	22 guérisons stables
	6 améliorations
	2 échecs
Mélancolies :	14 cures
	9 guérisons
	4 améliorations
	1 échec
Etats névrotiques :	34 cures
(épisodes aigus)	18 guérisons
	16 améliorations
Etats passionnels :	18 cas
	18 guérisons
Toxicomanies :	40 cures
	6 guérisons (après psychothérapie)
	14 améliorations (début de psychothérapie)
	19 sevrages simples avec refus de psychothérapie
	1 échec

Autres indications : . . . . . crises d'agitation atypique
3 cas - 3 guérisons symptomatiques
anorexie mentale psychotique
3 cas
2 améliorations
1 échec

TABLEAU RECAPITULATIF
(1953-1963)

Diagnostic	Nombre de cures	Guérisons	Améliorations	Echecs
E. prépsychotiques	16	8	8	—
Délires	30	9	19	2
Hebephrénies	22	3	18	1
Schizophrénies	12	—	9	3
Manies	30	22	6	2
Mélancolies	14	9	4	1
Névroses	34	18	16	—
E. passionnels	18	18	—	—
Toxicomanies	40	6	33	1
Divers	6	3	2	1
Total	222	96	115	11

CRITIQUE DES INDICATIONS DE LA NARCOTHÉRAPIE PROLONGÉE

Nous avons vu les risques et les difficultés d'application de la narcose continue prolongée, l'organisation qu'elle exige et la disponibilité médicale qu'elle suppose.

Il est bien évident que l'indication ne saurait en être portée à la légère, mais seulement après une étude approfondie de la situation psychiatrique, pratique et sociale, et la constatation que cette méthode représente le traitement de choix.

On ne peut parvenir à cette décision qu'après avoir éliminé les autres thérapeutiques plus courantes, c'est pourquoi nous estimons qu'il est utile ici d'établir un bilan comparatif des dangers et résultats respectifs des cures de sommeil prolongées avec neuroleptiques et des narcoses continues, dans le but de préciser les indications de chacune d'elle.

Nous constatons, comme on pouvait le supposer, que depuis l'utilisation courantes des cures de sommeil avec neuroleptiques, la fréquence des narcoses prolongées dans la même clinique a diminué :
de 1946 à 1953 soit 7 ans : 300 cures de cloettal ont été pratiquées ;
de 1953 à 1963 soit 10 ans : 210 cures de cloettal.

Il est possible que les progrès de la chimiothérapie psychiatrique abaissent encore cette fréquence.

Mais nous pensons que de *nouvelles indications* peuvent apparaître, en particulier dans le domaine des psychoses, grâce à une meilleure utilisation psychothérapique des phénomènes de post cure et de la plasticité du sujet à cette période.

Il est vrai également que les perfectionnements du nursing visant à la prévention des complications, l'apparition de nouvelles thérapeutiques rapidement efficaces dans la guérison de ces mêmes complications jugées autrefois redoutables, ne peuvent que diminuer encore les risques des narcoses continues prolongées.

Nous croyons aussi que le même type de cure pourra être réalisé par d'autres moyens que le Cloettal, bien que ce mélange s'avère aujourd'hui être le plus inoffensif pour un effet hypnotique de longue durée.

INDICATIONS RESPECTIVES DE LA CURE DE SOMMEIL ET DE LA NARCOSE PROLONGÉE. CHOIX DE LA CURE

Les succès obtenus par les cures de sommeil depuis la découverte de neuroleptiques très maniables doués d'un pouvoir potentialisateur sur les hypnotiques aurait dû avoir pour conséquence l'abandon progressif de la narcose prolongée, réputée dangereuse et difficile à réaliser. Il n'en est rien, chaque méthode ayant des indications différentes et même complémentaires.

Il est bien certain que dans le domaine des névroses en particulier, la cure de sommeil présente de nets avantages pratiques, grâce à la participation active du malade. Elle permet aussi de suivre les phases de la régression si riche en enseignements pour la poursuite de la psychothérapie.

Pour les mêmes raisons, nous avons tendance à entreprendre d'emblée une cure de sommeil lorsque s'impose une déconnection sauf dans des circonstances où nous savons par expérience et après étude du cas que la cure de sommeil habituelle est irréalisable ou aboutira à un échec.

Nous nous proposons d'étudier systématiquement ces circonstances.

Contrindications somatiques de la cure de sommeil

Elles sont bien connues et il est facile de se référer par exemple au manuel de Psychiatrie de Henri Ey.

Rappelons seulement :

— l'intolérance aux neuroleptiques de certains cardiaques hypotendus;
— les risques d'aggravation d'une insuffisance hépatique ;
— les accidents allergiques ;
— les accidents veineux favorisés par le decubitus prolongé ;
— les risques de décompensation des malades âgés : affaiblissement global somato-psychique avec gâtisme et difficulté de récupération ultérieure.

Dans tous ces cas, la narcose prolongée ne présente pas les mêmes riques. Elle est bien supportée par les cardiaques, les hépatiques et les vieillards (nous avons 6 observations de vieillards de plus de 70 ans).

Rappelons qu'aucun accident allergique n'a été observé au cours ou à la suite des narcoses prolongées.

Contrindications psychiatriques de la cure de sommeil

La grande cure de sommeil de 20 jours entraîne le malade dans un état de régression importante qui désorganise ses défenses et le rend plus vulnérable encore.

a) Le malade *prépsychotique* appréhende tout ce qui peut porter atteinte à l'équilibre précaire où il se maintient à grand peine au bord de la désagrégation ou de l'anéantissement.

Sa crainte est d'ailleurs justifiée par les faits, car il apparait que la cure de sommeil favorise la tendance dissociative et délirante (Le Guillant et Brisset). Il semble que la cure de sommeil soit ressentie comme un système agressif, de plus en plus destructif à mesure que s'intalle l'imprégnation médicamenteuse, et que le sujet réagisse en mobilisant toutes ses énergies dans sa résistance au sommeil. Celui-ci ne peut alors être obtenu que par un surdosage qui équivaut à une épreuve de force. La conséquence de la cure de sommeil est la perte de tout repère de réalité et l'envahissement de la conscience par les fantasmes.

Dans les cas limites, au bord de la psychose, la narcose continue prolongée ne présente pas les mêmes inconvénients, car en effet elle se déroule passivement et sans angoisse pour le sujet, qui revient, au réveil. à la réalité pour progresser dans son évolution en utilisant son dynamisme en direction de sa reconstruction.

b) Dans les *toxicomanies*, la cure de sommeil est souvent mal supportée, soit que le malade résiste à des doses considérables de neuroleptiques, soit qu'il refuse de suivre un traitement qui ne supprime pas tous les

symptômes de l'état de besoin, soit que la confusion onirique du sevrage survenant sur un terrain psychopatique peu structuré entraîne des réactions psychotiques aiguës ou des crises d'agitation rendant la poursuite de la cure difficile et aléatoire. Mais on reproche à la narcose prolongée de réaliser un sevrage trop facile et trop passif puisqu'il ne demande aucune participation véritable du toxicomane, et ne lui permet donc pas d'exercer ses efforts à l'encontre de sa toxicophilie.

Il en résulte que le choix de la cure ne peut être systématique et que chaque procédé garde ses indications propres, selon le degré de coopération qu'il est possible de demander au malade.

Nous réservons la narcose prolongée à certaines exigences cliniques :

— état d'agitation compromettant la possibilité de sevrage, non calmé par la cure de neuroleptique ;
— personnalités psychopatiques gravement troublées avec faiblesse du moi faisant craindre une décompensation psychotique ;
— crises oniriques confusionnelles du sevrage ;
— structure caractérielle toxicophile ou perverse ne permettant d'attendre aucune coopération au sevrage ;
— échec de la cure de sommeil.

Observation. — Homme de 25 ans atteint de séquelles paralytiques graves, intoxiqué par l'héroïne depuis plusieurs années, vient se désintoxiquer sous la pression de son entourage familial.

Devant son apparente bonne volonté et la médiocrité de sa résistance physique, on entreprend un sevrage progressif sous le couvert d'une cure de prazine. Après une dizaine de jours, apparition de troubles graves somatiques et psychiques : Diarrhée profuse, déshydratation, hypotension artérielle, agitation avec oppositionisme, idées délirantes de persécution et de préjudice, revendications, agressivité.

Le sevrage n'étant pas encore effectué, et l'état physique du malade contrindiquant l'application d'électrochocs, nous décidons une cure de cloettal qui en 4 jours réalise un sevrage complet sans phénomènes de manque, et avec un réveil relativement calme permettant une reconstruction rapide et une certaine disponibilité psychothérapique.

Impossibilités d'application de la cure de sommeil

Dans de nombreux cas pathologiques, la cure de sommeil ne saurait être effectuée qu'au prix de traumatismes répétés (injections massives à intervalles rapprochés).

Ce sont tous les cas où le malade ne peut accepter de coopérer au traitement.

1. Etats anxieux aigus avec peur de l'abandon des défenses, peur de la régression et de désorganisation de la personnalité. Exemple : états prépsychotiques.

2. Urgences psychiatriques avec agitation et agressivité : agitation maniaque, manie furieuse, délires aigus, accès anxieux des délires systématisés.

3. Refus de soins : dans les états passionnels, dans les états délirants des paranoïaques, dans toutes les manifestations d'opposition, de négativisme, d'agressivité diffuse, de refus d'alimentation ou de médicaments.

Dans toutes ces circonstances, lorsque s'impose l'action médicale de type biologique, la narcose continue prolongée nous apparaît la moins traumatisante et bien souvent la seule applicable.

En résumé : les impossibilités d'application et certaines contrindications des cures de sommeil représentent pour nous des indications de la narcose continue prolongée.

Choix de la cure

Sur le plan psychologique et psychothérapique, les 2 types de cure se distinguent par le niveau et la qualité de *l'état de régression.*

Contrairement à la cure de sommeil, la narcose prolongée n'entraîne qu'une régression de courte durée, qui dépasse rarement 4 à 5 jours et dont la durée moyenne est de 2 jours.

Mais nous désirons insister sur le fait que — à la différence des cures de sommeil où la régression est vécue par le sujet de plus en plus importante selon un rythme de paliers successifs échelonnés sur 2 à 3 semaines, mobilisant des affects, des résistances, des phantasmes à chaque niveau — la régression au cours de la narcose prolongée est brusquement imposée en 2 à 3 jours, submergeant toute résistance et plaçant d'emblée le sujet dans une totale dépendance.

Il s'agit bien d'une prise en charge sensitivo-affective autoritaire, qui effectivement inspire la passivité et le renoncement à toute lutte défensive. L'amnésie consécutive à la narcose prolongée atténue s'il se peut le vécu régressif de la cure, si bien que le retour à la vigilance ne marque pas la fin d'une aventure mais un commencement, et une redécouverte du monde.

En effet, la régression cesse brusquement au moment de la prise de conscience et du contact réel avec le monde qui se fait spontanément vers le 3e jour après le réveil. Avec la vigilance et l'acuité nouvelle du sens du réel, le sujet retrouve intactes ses capacités de défense, car s'il a régressé, il n'est pas pour autant diminué ni désorganisé, comme cela peut se produire après une longue imprégnation médicamenteuse de plusieurs semaines. L'élimination du cloettal étant complète après 3 jours environ, le tonus mental est rapidement rétabli. Nous avons pu le constater nettement chez des malades âgés qui n'ont vu en rien leurs capacités intellectuelles diminuées par la narcose. Au contraire, une meilleure adaptation à la réalité leur permettait d'avantage d'efficacité dans leurs initiatives.

Nous croyons pouvoir en conclure que, dans le cadre d'un traitement psychothérapique, les indications d'une cure de sommeil et d'une narcose prolongée sont nettement différentes, cette dernière étant préférable lorsque la personnalité du malade est peu structurée et qu'il convient de respecter les défenses qu'il a réussi à organiser dans un équilibre précaire.

Narcothérapie prolongée et cures combinées

Nous avons ressenti dans de nombreux exemples la nécessité de faire suivre la narcose prolongée d'une cure de consolidation :

— dans les schizophrénies, la narcose prolongée a souvent été utilisée comme starter à une grande cure biologique de type Sakel.

— dans les états prépsychotiques, une courte cure d'insuline avec ou sans coma a facilité la stabilisation et consolidé la relation psychothérapique.

— dans les états mélancoliques, la cure était suivie d'un traitement médicamenteux antidépressif.

— dans les états maniaques, il est généralement nécessaire de compléter le résultat acquis par une cure neuroleptique.

— C'est surtout dans le traitement des états psychonévrotiques graves que nous avons eu avantage à entreprendre une cure de sommeil après la post cure de la narcose prolongée, dans le but essentiel d'éviter le retour au système défensif initial grâce à la prolongation d'une dépendance rassurante à l'entourage soignant (cure couplée narcose-sommeil).

Ainsi employée, la narcothérapie produit un « mordançage » qui facilite l'acceptation et l'abandon favorables à l'efficacité d'une cure de sommeil.

D'ailleurs tout se passe comme si, une fois apaisée l'angoisse psychotique, le sujet se sentant très vulnérable au contact du monde ait besoin de s'installer au nouveau stade de son évolution avant d'aborder la société.

Ainsi peuvent se compléter à des niveaux et à des stades d'évolution différents les nombreuses méthodes de traitement par le sommeil.

CONCLUSIONS

Il existe depuis l'avènement des neuroleptiques plusieurs techniques de cure de sommeil qui profitent de l'efficacité des associations médicamenteuses et qui entraînent pour de nombreuses indications des résultats satisfaisants bien que le sommeil soit discontinu et peu profond.

Il est donc permis de se demander dans quelle mesure une cure plus intensive garde un intérêt, notamment la narcose continue prolongée telle que la pratiquaient en Suisse Klaesi et Bleuler il y a une trentaine d'années, non sans difficultés d'ailleurs et non sans risques.

Pour répondre à cette question, nous avons étudié les problèmes techniques et thérapeutiques rencontrés par l'équipe soignante d'un centre de traitement qui utilise sans préférence particulière l'un ou l'autre type de cure, et tenté d'en préciser les indications respectives, tout en centrant notre travail sur la narcose profonde.

1. Du point de vue technique, la narcothérapie continue prolongée pose surtout des problèmes de « nursing. » Il s'agit en effet de provoquer un sommeil profond et continu pendant 5 à 8 jours dans les meilleures conditions de sécurité. Nous avons continué à employer en instillations rectales le mélange hypnotique créé par Cloetta en 1934, qui a réellement fait la preuve de son efficacité et reste actuellement un des moins toxiques, un des plus maniables. Mais cette cure ne peut être exécutée sans danger que grâce à une extrême rigueur technique qui exige une surveillance de chaque instant, 24 heures sur 24, par un personnel qualifié et entraîné, muni de toutes les possibilités de réanimation.

On peut y associer les électrochocs qui d'ailleurs facilitent l'endormissement et la poursuite du traitement avec des doses d'hypnotiques plus réduites.

2. Les complications sont évitées le plus souvent par une organisation méthodique du nursing et une prophylaxie adaptée à chaque cas selon les résultats du bilan général pratiqué systématiquement au préalable — éventuellement l'arrêt immédiat de la narcose permet une guérison rapide de ces complications sur lesquelles nous avons longuement insisté, bien que pour 500 narcoses prolongées effectuées par la même équipe médicale, il n'y eut aucun décès ni aucune sequelle.

3. Les résultats immédiats reflètent dès le réveil l'importance des remaniements psychoaffectifs apportés par le traitement sous la forme d'une crise labile de post cure pendant laquelle est libérée une angoisse primaire et sont modifiés les investissements affectifs et libidinaux.

En effet, pendant quelques jours après la narcose, le sujet paraît particulièrement sensible aux soins somatiques et noue avec l'entourage une relation régressive de dépendance qui facilite le contact social ultérieur; il existe donc alors un « moment privilégié » dans le cours du traitement psychothérapique qui permet l'induction, le renforcement ou le renouvellement de la relation transférentielle.

Sur le plan des symptômes, le traitement se révèle capable d'apaiser

les manifestations aiguës de l'angoisse la plus profonde dite psychotique, soit que celle-ci ait provoqué des perturbations paroxystiques soit qu'elle ait engendré des constructions artificielles rigides et aliénantes, telles qu'un délire systématisé et c'est ainsi que la post cure est souvent suivie d'un brusque retour au monde réel et d'une prise de conscience de la morbidité des symptômes.

4. Les indications de la narcose continue prolongée sont donc bien différentes de celles des cures de sommeil discontinues, car la narcose est profitable aux malades prépsychotiques et psychotiques en tant qu'elle favorise la réorganisation de leur structure ; en outre, elle est d'un grand secours lorsque la cure de sommeil est contrindiquée, irréalisable, inefficace ou mal supportée.

Nous rappelons brièvement les principales indications de la narcose continue prolongée :

— dans les états prépsychotiques, la sédation de l'angoisse de dépersonnalisation facilite la restructuration ;
— dans les états délirants et les délires récents des paranoïaques, les symptômes font place à une crise d'angoisse de post cure puis à un renouvellement du contact avec la réalité et avec autrui ;
— les accès anxieux des schizophrènes sont remarquablement apaisés et le contact social très amélioré ;
— l'agitation maniaque qui n'a pu être réduite avec les autres thérapeutiques réagit favorablement ;
— dans les toxicomanies, c'est certainement le traitement de choix des crises d'agitation du sevrage;
— dans les états passionnels, les résultats sont constamment positifs ;
— lors des situations névrotiques aiguës et insolubles, la relation psychothérapique est profondément renouvelée.

5. Au terme de cette étude, nous pensons avoir montré la valeur actuelle de la narcose continue prolongée et la place qui lui revient parmi les autres thérapeutiques par le sommeil.

Vu
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur LÉON BINET

Vu
Le Président de la thèse
Professeur JEAN DELAY

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
10 mai 1963

BIBLIOGRAPHIE

ADRIANI J. — *La Pharmacologie des drogues anesthésiques.* Thomas, édit., Springfield, Illinois et Blackwell Scientific Publications, Oxford, 4e édition. 230 pp.

AGORIO R., BACHINI O., COSTA R. et TOBLER H. — *Mutation des tableaux cliniques après les cures de sommeil. L'Evolution psychiatrique,* N° 2, 1957.

ANGEL J.-M. — *La thérapeutique par le sommeil. Physiopathologie. Technique. Indications.* 1 vol. Masson & Cie, édit., Paris, 1953.

ANGEL J. — *Cures de sommeil et largactil,* pp. 116-120, Colloque international sur la chlorpromazine, Paris, oct. 1955, 1 vol. G. Doin & Cie, édit., Paris, 1956, 982 pp.

AVAKIAN S. — *La narcose prolongée.* Presse médicale, 1952, 1960, 1939.

AZIMA, LEMIEUX, FERN, AZIMA. — *Isolement sensoriel. Etude psychopathologique et psychanalytique de la régression et du schéma corporel. Evolution psychiatrique,* 1962, XXVII, II.

AZIMA H. — *Problème biophysique de la conscience,* pp. 40 à 101. *Entretiens psychiatriques.* 1 vol. L'Arche, édit., Paris, 1953.

AZIMA H. — *Prolonged sleep treatment in mental disorders* (some new psychopharmacological considerations). *The Journal of Mental Science,* 101. N° 424, 1955, pp. 593-603.

BAER H. — *Les états d'excitation psychotique et leur traitement par les soporifiques.* Thèse Zurich, 1947.

BARUK H. — *Le sommeil et l'onirisme.* Le progrès médical, 1951, pp. 548-588.

BESSIÈRE R. et FUSSWERK J. — *L'hypno-analyse dans les états schizophréniques et l'automatisme mental.* 1 vol. Masson & Cie, édit., Paris, 1950.

BENSOUSSAN et KLEIN. — *Sur quelques incidents de la cure de sommeil au 4560 RP.* Annales médico-psychologiques, 1953, N° 1.

BINSWANGER L. — *La fuite des idées* (Ideenflucht). Traduction résumée par Henri Ey. Janvier 1952, 37 pp. ronéotypées.

BOBON J. — *Chlorpromazine et cure de sommeil,* pp. 121-127, Colloque international sur la chlorpromazine, Paris, octobre 1955, 1 vol. G. Doin & Cie, édit., Paris, 1956, 982 pp.

BOSS M. — *Psychopathologie des traumes bei schizophrenen und organischen Psychosen.* Zeit f. ges. neur., 162, 1938, pp. 459-494.

BRISSET C. et GACHKEL V. — *La médecine psychosomatique en URSS.* 1. *La cure de sommeil.* Presse médicale, 59, N° 23, 1951, pp. 455-456.

BRISSET C. et GACHKEL V. — *Cure de sommeil et psychothérapie,* pp. 13-22. *La cure de sommeil* (Colloque ; publication sous la direction de G. Nora et M. Sapir). 1 vol. Masson & Cie, édit., Paris 1954.

BRISSET C., DURAND Ch. et GACHKEL V. — *Les cures de sommeil.* Encyclopédie médico-chirurgicale psychiatrie, t. III, 1955, 37840, A-10-1-9.

BRISSET C. — *Réflexions sur la cure de sommeil et les thérapeutiques voisines. L'Evolution psychiatrique,* No 2, 1957, 241-271.

BRISSET C., GAULT R. et GACHKEL V. — *Position actuelle des problèmes du sommeil. L'Evolution psychiatrique,* nol, 1956, pp. 51-62.

BREMER F. — *L'activité centrale au cours du sommeil et de la narcose.* Contributions à l'étude du mécanisme du sommeil. Bull. Académie Royale de Médecine. Belgique, 4, 1937, pp. 68-86.

CARRETIER L. — *Phénomènes critiques d'après cure de sommeil.* Thèse 1959.

CHERTOK L. — *Sommeil hypnotique prolongé* (Travail du centre de Médecine psychosomatique de l'hôpital psychiatrique de Villejuif, M. Montassut), pp. 57-70. *La cure de sommeil* (colloque publication sous la direction de G. Nora et M. Sapir), 1 vol. Masson & Cie, Paris, 1954.

CHASLIN Ph. — *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire.* Asselin et Houzeau, édit., Thèse, Paris, 1887.

CHAVANY J.-A., BOUVET M. et HAGENMULLER D. — *Les rapports de la narco-analyse ou psychothérapie sous narcose, et de la psychanalyse.* Semaine des Hôpitaux, 24 A, No 12, 1948, 353-359.

CHAUCHARD P. — *Les mécanismes généraux de la prise de conscience. Neurophysiologie. Psychanalyse et psychologie animale.* 1 vol. Masson & Cie, édit. Paris, 1956, 240 pp.

CHARPENTIER R. et COURBON P. — *Puérilisme et etats de régression de la personnalité. L'Encéphale.* 4e année, 2e semestre, No 10, 1909, pp. 319-329 et No 12, 1909, pp. 513-527.

CLAPP J.-S. et LOOMIS A. — *Continuous sleep treatment ; Observations on the use of prolonged sleep, deep, continuous narcosis in mental disorders.* Am. Journ. of Psychiatry, 106, No 11, 1950, pp. 821-829.

Colloque sur les cures de sommeil. Hôpital Rotschild. Masson & Cie, édit., Paris, 1954.

CROUZON O. et LEMAIRE. — *Les injections intraveineuses et intramusculaires de somnifène dans les états psychopathiques et neuropathiques.* Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, No 12, 1924, pp. 1719-1722.

DELAY J. — *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique.* 1 vol. Masson & Cie, édit., Paris, 1950, 536 pp.

DELAY et DENIKER P. — *Les neuroplegiques en thérapeutique psychiatrique,* pp. 96-114. Journées thérapeutiques de Paris. 1 vol. Doin & Cie, édit., Paris, 1953.

DELAY J., DENIKER P. et PAUWELS R. — *Cures de sommeil et cures neuroleptiques en psychiatrie,* pp. 136-139. Colloque international sur la chlorpromazine, Paris, octobre 1955. 1 vol. Doin & Cie, édit., Paris 1956, 982 pp.

DELAY J. — *Les dissolutions de la mémoire.* 1 vol. Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1942, 152 pp.

DELAY J. — *Explorations pharmacodynamiques du psychisme et narco-analyse* (pp. 439-534). Méthodes biologiques en clinique psychiatrique. 1 vol. Masson & Cie, édit., Paris, 1950.

DELAY J. et DENIKER P. — *Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie. Les nouveaux médicaments psychotropes.* Masson & Cie, édit., Paris 1961. (Importante bibliographie.)

DELAY J. et DENIKER P. — *Le traitement des psychoses par une méthode neurolytique dérivée de l'hibernothérapie.* CR au Congrès des psychiatres de langue française. Luxembourg. Juillet 1952.

DELAY J., DENIKER P. et HARL J. — *Traitement des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hiberno-thérapie.* Annales médico-psychologiques. Juillet 1952.

DELMAS. — *Les psychoses postoniriques.* XXIVe Congrès des aliénistes et neurologistes de France, 9 août 1914 ; rapport, 100 pp. Voir aussi les *Psychoses postoniriques* (addendum au premier rapport, août 1920, Strasbourg).

DELL P. et BONVALLET M. — *Données expérimentales récentes sur la physiologie du sommeil* (application à l'étude pharmacologique des amphétamines et de la chlorpromazine [pp. 23-36]). *La cure de sommeil* (colloque, publication sous la direction de G. Nora et M. Sapir). 1 vol. Masson & Cie, édit., Paris, 1954.

DEMOLE V. — *La cure sédative en psychiatrie* (utilisation du somnifène). *Revue neurologique*, 11, 1921, pp. 1222-1234.

DEMOLE V. — *Essai de traitement de la démence précoce par le somnifène.* Arch. suisses de neurol. et psych., 8, 1921, pp. 134-136.

DENIKER P. — *Hibernothérapie et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique.* 2e Congrès international de psychiatrie, Zurich, 1957, Rapport, 118 pp.

DESCHAMPS A. et CADORET M. — *Cures de sommeil prolongé en pratique par la méthode dite d'hibernation.* Presse médicale, 61, No 42, 1953, pp. 873-880.

DESCHAMPS A. — *Hibernation artificielle en psychiatrie.* Presse médicale, juin 1952, 60, No 43, et Presse médicale, 1953, 61, No 42.

DIATKINE. — *La notion de régression.* Ev. Psych., 1957, No 3.

DIVRY P., BOBON J. et COLLARD J. — *Considérations sur les cures de sommeil potentialisées et les cures neuroleptiques en psychiatrie.* Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica. 1957, No 3.

DESCHAMPS A. — *Quelques résultats de cures de sommeil en hôpital psychiatrique*, pp. 112-115. Colloque international sur la chlorpromazine, Paris, octobre 1955. 1 vol. G. Doin & Cie, édit., Paris, 1956, 982 pp.

DURAND Ch. — *La méthode des narcoses prolongées. Evolution psychiatrique.* II. 1954.

EY H., DESCHAMPS A. et BÉRARD E. — *Les techniques de cure de sommeil à l'aide de neuroleptiques et l'hibernation artificielle en psychiatrie*, pp. 181-203. *Pratique de l'hibernothérapie* (publication sous la direction de H. Laborit et P. Huguenard), 1 vol. Masson & Cie, édit., Paris, 1954.

EY H. et BÉRARD H. — *Les nouvelles techniques de la cure de sommeil dans la pratique psychiatrique. L'Evolution psychiatrique*, No 4, 1952, pp 661-682.

EY H., SIVADON P., FAURE H., AMIEL R. et IGERT C. — *Les paroxysmes oniriques et anxieux au cours et décours de la cure de sommeil : vers une socialisation de la cure. L'Evolution psychiatrique*, No 4, 1954, pp. 753-768.

EY H. — *Le rêve « fait primordial » de la psychopathologie*, pp. 165-261 (étude No 8). *Etudes psychiatriques*, II. 1 vol. Desclée de Brouwer & Cie, Paris, 1948.

EY H. — *Bouffées délirantes et psychoses hallucinatoires aiguës*, pp. 201-324 (étude No 23). *Confusion et délire confuso-onirique*, pp. 325-428 (étude No 24). *Etudes psychiatriques*, III, 1 vol. Desclée de Brouwer & Cie, édit., Paris, 1954.

EY H. — *A propos de l'« Hypnose-analyse »* de R. Bessière et J. Fusswerk (réflexion sur la recherche chimique de la vérité). *L'Evolution psychiatrique*, No 1, 1951, pp. 153-160.

EY H. — *Structure et destructuration de la conscience*, pp. 653-760 (étude No 27). *Etudes psychiatriques*, t. III, 1 vol. Desclée de Brouwer & Cie, édit., Paris, 1954.

FOURNIER M. — *L'allonal dans les états mélancoliques.* Thèse de Montpellier, 1926.

FAVRE A. — *Schizophrénies et narcoses prolongées. L'Encéphale*, I, 1, 1936, pp. 196-211.

FAU R. et CHATEAU R. — *La cure de sommeil et la chlorpromazine*, pp. 128-135. Colloque international sur la chlorpromazine, Paris, octobre 1955, 1 vol. G. Doin & Cie, édit., Paris, 1956.

FAURE H. — *La cure de sommeil collective et psychothérapie de groupe. Ses rythmes évolutifs. L'Evolution psychiatrique*, No 2, 1957, pp. 303-314 et Masson, édit., 1958.

FOUKS, LAINE, PAGOT, FRANÇOIS et CHEMINÉE (Mlle). — *Résultats de la cure de sommeil réalisée avec les nouveaux tranquillisants dans les états dépressifs, mélancoliques et névrotiques.* Annales médico-psychologiques, 2, 1956, pp. 146-151.

FRENCH T.-M. — *The integration of behavior.* Vol. II : *The integrative process in dreams.* The Universty of Chicago Press, édit., Chicago, 1954, 367 pp.

FESSARD A. — *Vue d'ensemble sur les mécanismes nerveux du sommeil.* Journées thérapeutiques de Paris. 1960, Doin & Cie, édit.

FERENCZI. — *Thalassa*, No 28 (Payot).

GACHKEL V. et BRISSET Ch. — *La cure de sommeil en psychiatrie.* Congrès des aliénistes et neurologistes de France, Luxembourg, 1952, Rapports pp. 491-496.

HARDY J.-D., FABIAN W., DON TURNER. — *Jama 175*, No 7. 599. Anesthésie électrique.

HUGELIN. — *Actographie.* Concours médical. 29 septembre 1962.

JUILLET P. — *Sommeil et comas.* La Clinique LVII. No 578.

KLÄSI J. — *Ueber Somnifenneine medikamentöse Therapie Schizophrenen Aufregunszustände.* Arch. suisses de Neurol. et Psych., 1, 1921, pp. 131-134.

LABOUCARIE et COMBES. — *Valeur et limites des cures de sommeil en psychiatrie.* Toul. méd. 1954, pp. 221-232.

LAFON R., DUC N., MINVIELLE J. et MAUREL H. — *Cure de sommeil en pratique psychiatrique.* Congrès des aliénistes et neurologues de France, Pau, 1953. Rapports, pp. 645-649.

LAGACHE. — *Passions et psychoses passionnelles.* Evol. Psych. 1. 1936.

LANTER R. — *La fonction onirique chez les malades mentaux.* Evol. Psych., No 4, 1954, pp. 685-720.

LARENG. — *Anesthésie chez l'insuffisant respiratoire chronique. Revue du Praticien.* XII. 18.

LE BEAU J. — *Traitement des comas prolongés en neuro-chirurgie. Médecine et Hygiène* (Genève), No 472. 1960.

LEJENNE J.-M. — *Narcose au Tribromethanol en psychiatrie.* Thèse Paris 1947.

LEROY E.-B. — *Les visions du demi-sommeil* (hallucinations hypnagogiques). 1 vol. Alcan, édit., Paris, 1933, 2e édition, 131 pp.

LHERMITTE J. et SIGWALD J. — *Hypnagogisme, hallucinose et hallucinations. Revue neurologique 73,* No 56, 1941, pp. 225-238.

LHERMITTE J. et TOURNAY A. — *Rapport sur le sommeil normal et pathologique. Revue neurologique 1,* 1927, pp. 75-822 (pages suivantes, discussion par Clarède, Dide, Demole, Hesnard).

LHERMITTE J. — *Le sommeil.* 1 vol., Armand Colin, édit., Paris 1931, 211 pp.

LHERMITTE J. — *Les rêves, le somnambulisme, l'hypnose et l'onirisme. La Revue du Praticien,* 4, No 17, 1954, pp. 1563-1569.

LE GUILLANT L. — *La toxicomanie barbiturique.* Thèse de Paris, 1930.

LE GUILLANT L. — *Problèmes théoriques de la cure de sommeil,* pp. 3-12. *La cure de sommeil* (Colloque, publication sous la direction de G. Nora et M. Sapir). 1 vol. Masson & Cie, édit., Paris 54.

LE GUILLANT L., KESTEMBERG J. et CAMAR R. — *Remarques sur quelques aspects de la cure de sommeil.* Annales médico-psychologiques, No 2, 1955, pp. 251-256.

LE GUILLANT L. — La conduite de la cure de sommeil chez les malades mentaux. *La Raison,* No 6, pp. 37-60.

MÜLLER M. — *Die Dauernarkose mit Somnifen in der Psychiatrie.* Ztschr. f. Neurol. u. Psychoat., 96, 1925, pp. 653-682.

MONNIER M. — *Le traitement des schizophrénies par la narcose prolongée.* Sa technique actuelle. Ses résultats. In Congrès des aliénistes et neurologistes de France, Bâle, Berne, Neuchâtel, 1936. Rapports, pp. 518-524.

MONTASSUT M. et JACQUOT G. — *Traitement des états mélancoliques par l'anesthésie au tribrométanol.* Presse médicale 12, No 15, 1941, pp. 163-166.

MIGAULT P. et EY H. — *Essai de narcothérapie prolongée dans la démence précoce.* Mémoire présenté à la Fondation Stern, 1932.

MAURY A. — *Le sommeil et les rêves,* études psychologiques. 1 vol. Didier & Cie, édit., Paris 1865, 484 pp.

MONNEROT. — *Organisation du sommeil à Prémontré.* Ann. méd. Psych., mars 1955.

MICHON P. et LARCAN A. — *Problèmes de réanimation.* G. Doin, édit. Paris, 1960. 405 pp.

NITSCHE P. — *Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Geiteskrankheiten.* In Traité de Bumke, vol. 4, 1929.

ODIER Ch. — *L'angoisse et la pensée magique.* 1 vol. Delachaux, édit., Paris, 1947, 241 pp.

OSWALD I. — *Sleeping and waking.* 1962.

OLSZYCKA LAÏA. — *Contribution à l'étude des phénomènes de potentialisation.* Action de quelques associations d'hypnotiques. Thèse 1938.

PAMBOUKIS G., PALÉOLOGUE A., MONTOUSSIS N. et HAKAS P. — *Résultats par l'application d'une cure de sommeil dans les psychonévroses,* pp. 250-254. Colloque international sur la chlorpromazine, Paris, oct. 1955. 1 vol. Doin & Cie, édit., Paris 1956, 982 pp.

PIRES N., RUBIM DE PINHO, FERNANDO L., PINT M., CAVALCANTI U. et AGUIAR H. — *Sur 110 cas traités par le sommeil hibernal,* pp. 377-381. Colloque international sur la Chlorpromazine, Paris, oct. 1955. 1 vol. G. Doin & Cie, édit., Paris, 1956, 982 pp.

PUECH J. et ROBIN Ch. — *Etude comparative des effets de la cure de sommeil médicamenteuse et de la chlorpromazine injectable dans les psychoses.* Sem. Hôp. Paris, 1956, pp. 3252-3264.

PELLIN B. — *Sommeils et comas.* Etude polygraphique des différentes phases de sommeil dans les troubles de conscience chroniques. Thèse Lyon 1960.

PERSONNE. — *Menace de décompensation respiratoire et son traitement. Revue Prat.* XII. 18

QUERCY P. et DODARD DES LOGES. — *Le somnifène intraveineux chez les aliénés.* Annales médico-psychologiques, 1925, 12e série, 83e année, 1, pp. 56-60.

RÉGIS E. — Confusion mentale délirante (délire onirique), pp. 352-357. *Précis de Psychiatrie.* 1 vol. Doin & Cie, édit., Paris, 1923, 6e édition.

RACAMIER, CARRETIER, SENS. — *La crise d'après cure. Evolution psychiatrique.* 1959.

RACAMIER, CARRETIER, SENS. — *Techniques des cures de sommeil.* Annales médico-psychologiques, 1959.

RACAMIER. P.-C. — *Psychothérapie des psychoses.* In Psychanalyse d'aujourd'hui. Presses univ. France, édit., Paris, 1957.

ROELENS R. — Bases physiologiques et application pratique de la thérapeutique par le sommeil en psychiatrie. *La Raison,* No 6, pp. 12-36.

ROUART. — *Onirisme des psychoses paranoïaques et maniaco-dépressives. Evolution psychiatrique,* 1936. IV.

SUTTER J.-M., PELICIER Y. et DEBRIE Mme M.-L. — *Hallucinations ecmnésiques.* Congrès des aliénistes et neurologues de France, Liège 1954, Compte rendu, pp. 265-269.

SIVADON P. et VERBIZIER J. DE. — *L'hypersomnie, mécanisme de défense et symptôme d'alarme en pathologie mentale.* Annales médico-psychologiques, 3, No 2, 1953, pp. 687-692.

SIVADON P. et FORZY. — *Etude critique de 150 cas de cure de sommeil.* Annales médicales psych. Mars 1955.

SCHWARTZ B.-A. — *Endormissement et réveil du sommeil de l'adulte.* Thèse de Paris, 1957.

SYMPOSIUM CIBA. — *The nature of sleep.* 1961.

SZATMARI A. et SCHNEIDER R.-A. — *Cure de sommeil par médications autonomes.* J. Nerv. Ment. Dis., av. 1955, 121, No 4, 311-320.

TOURNAY A. — *Sémiologie du sommeil.* 1 vol. G. Doin & Cie, édit., Paris, 1934, 131 pp.

VAN DER SCHEER W.-H. — *Traitement des psychoses par le somnifène.* In Congrès des aliénistes et neurologues de France, Blois, 1927. Rapports.

VIDART L. et GASTEAU E. — La cure de sommeil en pratique neuropsychiatrique. *Revue du Praticien,* No 17, 1954, pp. 1583-1588.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 11

Cure de cloettal 13
étude pharmacologique principes d'application 13

Problèmes de technique 13
pratique de la cure 14
préparation du malade 15
endormissement 15
surveillance et nursing 16
traitements associés et adjuvants 20
réveil et post cure 21
complications somatiques 22
contrindications somatiques 25
problèmes pratiques en milieu hospitalier 26

Incidences psychologiques et psychothérapiques 27
étude des différentes phases de la cure 27
post cure et réorganisation 30

Résultats 33
symptomatiques 33
psychothérapiques 34

Indications 37
historique des indications 37
états prépsychotiques 38
délires 41
schizophrénie, hébéphrénie 50
états maniaques 54
états mélancoliques 56
états névrotiques 57
états passionnels 59
toxicomanies 62
Critique des indications de la narcose prolongée par rapport aux autres techniques de sommeil 65
Indications respectives, cures combinées 66

Conclusions 71

Bibliographie 73